



ANNONCE D'UN EVENEMENT INDESIRABLE

La gestion des entretiens et des situations de crise

DESCRIPTIF FORMATION

SHBKAVOCATS et **SPECIMENASSOCIES** ont mis en place un cycle de formation portant sur l'annonce de l'événement indésirable.

Alors que les problématiques de responsabilité médicale se sont définitivement installées dans la psyché collective - et devant les juridictions - les médecins et les patients ont de plus en plus de difficulté à gérer sereinement le colloque singulier qui les réunit à l'occasion de l'acte de soin.

Plusieurs raisons président à cette perte de contact « vrai » entre les uns et les autres :

- la peur de la plainte et du procès pour le médecin
- l'obligation impérative de fournir certaines informations prévues par la loi
- la complexité des informations à transmettre à différentes étapes de l'acte de soin

- la volonté du patient de ne courir aucun risque médical
- la volonté du patient de connaître tous les risques
- la sensibilisation du patient aux problématiques de responsabilité
- la volonté du patient de se « sentir bien », à l'abri des mauvaises nouvelles

Le but de ces formations est double : sécuriser le médecin et les personnels para médicaux dans leurs pratiques médico-légales, rassérer le patient et lui permettre de fournir un consentement éclairé en disposant de toutes les informations obligatoires et/ou utiles. Parce qu'il est évident qu'un médecin stressé par sa propre responsabilité - ignorant des protocoles qu'il doit mettre en place, des sanctions qu'il encourt comme du mode de fonctionnement des juridictions auxquelles il peut être confronté - va adopter un discours et un mode d'approche du patient qui seront nécessairement inconfortables et peu efficaces pour ce dernier.

Le patient en effet doit pouvoir comprendre l'acte de soin qui lui est proposé pour l'accepter de façon éclairée. Dès lors éviter que le médico-légal pollue le médical – c'est le but ultime de ces conférences – c'est donner au patient les meilleures chances d'être accompagné et soigné par un professionnel de santé libéré de ses craintes et appréhensions concernant les conséquences possibles de ses actes.

Parfaitement informé de ses obligations et de ses droits, le médecin peut se concentrer sur sa mission initiale – soigner – **et offrir un service « distressé » à son patient.**

L'originalité de ce cycle de conférences est que nous avons décidé d'aller au-delà du contenu juridique de l'information et de l'accompagnement du patient **pour nous intéresser également au mode de communication entre les uns et les autres.** Une même information peut être comprise – ou incomprise – différemment selon le moment où elle est donnée, en fonction du ton qui est employé, en fonction encore de la capacité du patient à entendre et comprendre.

*C'est sûrement un atout décisif pour le professionnel de santé que de savoir communiquer au bon moment, en anticipant les réactions négatives du patient de façon à éviter tout blocage ou perte de confiance dans la communication interpersonnelle. **C'est bien entendu pour le plus grand bénéfice du patient que cette fluidité dans les échanges doit être recherchée.***

L'intervention d'un psychothérapeute permet justement aux professionnels de santé de découvrir, via diverses méthodes, la meilleure façon de communiquer efficacement avec le patient et sa famille dans les situations difficiles. Au-delà des réactions apparentes, les mots ont un sens différent pour chacun. La connaissance des niveaux de transaction, du méta langage permet aux médecins de **trouver le discours juste au moment juste.** Il s'agit là encore d'améliorer la relation des deux parties au colloque singulier : et c'est un bénéfice direct pour le patient.

Chaque module sera animé de la façon suivante :

intervention d'un juriste

Détecter les erreurs à éviter et la conduite à tenir, l'information et la preuve de l'information

intervention d'un spécialiste de la communication interpersonnelle

Comment accueillir la demande, désamorcer l'éventuelle agressivité, recréer les conditions d'un dialogue.

Notre objectif : mettre au point des items vivants, qui impliquent les participants, qui favorisent les échanges et permet à chacun d'acquérir un ensemble de connaissances et de réflexes immédiatement exploitables dans la relation au patient.

Une formation en 3 étapes

Formation 1 : préparation de l'entretien

Comment bien préparer un entretien pour éviter un conflit : préparation et sélection des informations, gestion des informations litigieuses, communication du dossier, exigences de la loi du 4 mars 2002, obligation en matière de preuve, personnes présentes, cadre institutionnel (CRUQ, médecin conciliateur..)

Comment gérer la transmission de l'information : analyse de la situation et de la nature des échanges (analyse transactionnelle, PNL, Voice Dialog, Ennéagramme..) afin de pouvoir orienter et contenir l'entretien, mise en situation des participants, attribution de rôles, gestion du vocabulaire et des gestes avec commentaire du psychothérapeute

Formation 2 : gestion de l'entretien qui « tourne mal »

Aspect juridique : importances des mots utilisés, prévention des témoignages, stratégies d'apaisement et énoncé des voies de recours, vue d'ensemble sur les infractions potentielles

Mise en situation : gestion du conflit, perception des énergies, stratégies d'échappement, comment mettre un terme à l'entretien, recours à des tiers

Formation 3 : gestion des conséquences d'une plainte

2 possibilités de fin d'entretien entretien positif, entretien clashé

L'entretien est positif et le patient comprend la situation : il faut accompagner les suites, communication d'informations complémentaires éventuelles, respect du secret professionnel, vérification autres membres de la famille

Mise en situation : mots de réconfort

L'entretien va se terminer par une plainte : préparation du dossier, récolement des témoignages, travail en équipe pour la préparation du dossier, évaluation du risque civil et pénal (description des principales infractions)

Mise en situation si rencontre du patient ou de la famille

Les mises en situation seraient élaborées à partir de situations réelles, ayant entraîné des procédures judiciaires diverses de façon à « coller » à la réalité.



L'ANNONCE DE L'ALÉA MÉDICAL

BASE DOCUMENTAIRE

Sont réunis dans ce document les jurisprudences et textes qui forment le fonds d'informations sur lesquelles, les présentations et mises en situation seront bâties.

Conférence 1 : préparation de l'entretien

La préparation de l'entretien repose essentiellement sur l'obligation d'information.

D'une part, cette obligation d'information permet d'éviter certains contentieux lorsqu'elle intervient en amont de toute intervention et, d'autre part, cette information est obligatoire lorsque le dommage est survenu.

L'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique encadre cette obligation d'information. Ce texte énonce :

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. Lorsque postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

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.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Le titulaire de l'obligation d'information : qui doit annoncer les informations ?

L'article L.1111-2 al. 2 du Code de la Santé Publique dispose :

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Le médecin ne peut se décharger de cette obligation d'information sur un confrère.

Cass. Civ. 1^{ère}, 31 mai 2007, pourvoi n°06-18.262

Une patiente a été victime d'un accident vasculaire cérébral à la suite d'un examen artériographique pratiqué le 19 mai 1999. Elle a recherché la responsabilité du médecin radiologue.

En référé, elle a obtenu la désignation d'un expert et l'allocation d'une provision.

Le médecin radiologue opposait l'existence d'une contestation sérieuse sur son obligation dès lors qu'il n'avait commis aucune faute et que l'aléa thérapeutique était exclusif de toute responsabilité. Il soutenait que la patiente ne rapportait pas la preuve que si elle avait été informée des risques de cet examen elle y aurait renoncé et que seul le juge du fond pouvait apprécier l'éventuelle perte de chance en résultant.

Par un arrêt en date du 11 avril 2006, la Cour d'Appel d'Aix en Provence a condamné le médecin radiologue en référé à payer à la patiente une indemnité provisionnelle. Le médecin radiologue forme un pourvoi en cassation, estimant pour l'essentiel que la patiente n'aurait sans doute pas refusé l'intervention et qu'il avait délivré l'information.

La Cour de cassation rejette le pourvoi. Elle rappelle que l'arrêt retient que le médecin radiologue ne prouvait pas que l'information ait été effectivement donnée par ses confrères à la patiente et qu'au regard de ses antécédents elle aurait pu préférer ne pas effectuer l'examen.

La communication d'un compte rendu ne dispense pas le médecin de son obligation d'information.

Cass. Civ. 1^{ère}, 16 janvier 2013, pourvoi n°12-14.097

Un patient a engagé la responsabilité de deux médecins radiologues pour manquement à l'obligation d'information à son égard, pour ne pas lui avoir indiqué, après avoir pratiqué sur lui, le premier le 14 mars 2003 et le second le 18 août 2004, une radiographie du rachis, que le matériel d'arthrodèse qui avait été posé quelques années auparavant était fracturé.

Par un arrêt en date du 3 février 2011, la Cour d'Appel de Rouen a relevé que cette information ressortait des comptes rendus rédigés par ces praticiens, mentionnant une « solution de continuité » sur la tige inférieure droite du matériel pour l'un, sur la branche droite pour le second, le terme voulant dire fracture, rupture, tant dans le langage courant qu'en langage médical. De plus, les médecins qui rédigeaient leur compte rendu s'adressaient au médecin prescripteur qui devait revoir ensuite son patient pour examiner avec lui les conséquences des constatations mises à jour par ces examens radiologiques.

La Cour de cassation casse et annule l'arrêt dans toutes ses dispositions pour manquement de base légale au regard des articles L.1111-2 et R.4127-35 du Code de la Santé publique en statuant ainsi, puisque **la communication du compte-rendu au médecin prescripteur ne les dispensait pas d'informer le patient sur les résultats de l'examen d'une manière adaptée à sa personnalité et à son état.**

L'obligation d'information pèse aussi bien sur le médecin qui a prescrit l'acte que sur celui qui a pratiqué l'acte.

Cass. Civ. 1^{ère} 16 janvier 2013, pourvoi n°12-14.097

Un patient, préalablement opéré pour des lombalgies importantes, se plaint de douleurs persistantes. Un bilan inflammatoire et infectieux se révélant négatif, son médecin lui prescrit alors un examen radiologique et une scintigraphie.

Les résultats de ces derniers ne semblent pas avoir été commentés en temps utiles, car ce n'est qu'à l'occasion de consultations ultérieures en hôpital, que le patient comprend que le matériel d'arthrodèse qui avait été posé quelques années auparavant est fracturé. Il recherche alors la responsabilité des deux radiologues concernés et la réparation de son préjudice moral pour manquement à leur devoir d'information.

Les juges du fond le déboutent, au motif que cette information ressort des comptes rendus rédigés par les praticiens. Si les termes techniques utilisés, propres au langage médical rendent leur compréhension difficile pour un non professionnel, il appartenait au médecin prescripteur qui devait revoir ensuite son patient pour examiner avec lui les conséquences des constatations mises à jour par ces examens radiologiques d'apporter les éclaircissements nécessaires.

La Cour de cassation casse l'arrêt au visa des articles L.1111-2 et R.4127-35 du code de la santé publique. D'une part, l'information des personnes sur leur état de santé incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. D'autre part, le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose, et que, tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à sa compréhension.

Cass. Civ. 1^{ère}, 2 octobre 2013, pourvoi n°12-23.362

Une patiente était enceinte lorsqu'il a été découvert qu'elle souffrait d'un cancer du colon. Elle a subi une interruption de grossesse puis une colectomie pratiquée par un chirurgien et un traitement de chimiothérapie décidé par un oncologue. Une chambre à cathéter implantable a été mise en place à cette fin par le chirurgien le 22 août 1996. LA cure a pris fin le 13 janvier 1997 mais ce n'est qu'au mois de février 2000 que, sur les conseils de son gynécologue, la patiente a consulté à nouveau le chirurgien qui a procédé à l'ablation d'une partie du dispositif, laissant en place un morceau qui avait migré dans le tronc de l'artère pulmonaire gauche. La patiente ayant présenté en 2004 des douleurs thoraciques, son médecin traitant a fait pratiquer divers examens d'imagerie qui ont révélé la présence du morceau de cathéter. La patiente a été alors adressée à un autre médecin, lequel a souhaité faire réaliser une scintigraphie avant de procéder à l'ablation du matériel. Le 8 novembre 2004, jour de la scintigraphie, elle a présenté des douleurs pulmonaires. L'examen a mis en évidence une embolie pulmonaire très récente. Elle a été hospitalisée immédiatement afin de retirer le morceau de cathéter.

La patiente a recherché la responsabilité du chirurgien et de l'oncologue.

Par un arrêt en date du 16 mai 2012, la Cour d'Appel d'Aix en Provence a débouté la patiente de sa demande tendant à l'indemniser du préjudice subi du fait du non-respect par le chirurgien et l'oncologue de leur devoir d'information.

La Cour de Cassation rejette l'argument de la patiente car ces médecins avaient déjà été condamnés par la Cour d'Appel à indemniser la patiente de ce même préjudice. Pour la Cour d'Appel le chirurgien et l'oncologue avaient commis des fautes, le premier en ne procédant pas à l'ablation entière et le second en s'abstenant de faire procéder à l'ablation du dispositif veineux implantable à l'issue du traitement de chimiothérapie.

L'obligation « générale » d'information du patient : *que dire au patient avant toute intervention ?*

Le principe est que 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.

→ Avant la loi du 4 mars 2002

Cass. Civ. 1^{ère}, 27 mai 1998, pourvoi n°96-19.161

Une patiente née en 1944 a eu 4 enfants entre 1964 et 1980 et a subi 2 accidents abortifs. Souhaitant avoir un 5^e enfant malgré un dysovulation, elle a consulté un médecin gynécologue qui a réalisé une induction ovarienne. Le début de la grossesse s'est situé le 20 août 1988 et le terme était prévu le 20 mai 1989. Toutefois, la patiente a demandé au médecin gynécologue de procéder au déclenchement artificiel de l'accouchement de façon que la naissance se produise le 10 mai, jour anniversaire de son mariage. Le praticien a accédé à cette demande. L'accouchement a eu lieu ce jour-là, à 19h55 mais une rupture utérine a entraîné une hémorragie immédiate abondante. A 22h, il a été pratiqué une hystérectomie d'hémostase, mais une hémorragie vaginale a persisté au cours de la nuit. Le lendemain, le médecin gynécologue a décidé une nouvelle intervention consistant en une hémostase chirurgicale qui a été faite à 12h et au cours de laquelle la patiente a subi 2 arrêts cardiaques prolongés. A la suite de ces arrêts cardiaques, elle a été plongée dans un état quasi végétatif jusqu'à son décès survenu le 12 mai 1991.

Le mari et les enfants de la défunte ont engagé une action. La Cour d'Appel, dans un arrêt confirmatif, a retenu l'entière responsabilité du médecin gynécologue et mis hors de cause 3 médecins anesthésistes intervenus lors des opérations.

La Cour de cassation rejette le pourvoi formé par le médecin gynécologue.

Elle estime qu'il appartient au médecin de prouver qu'il a bien donné à son patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves des investigations ou des soins qu'il lui propose, ou que le patient demande, de façon à lui permettre d'y donner un consentement ou un refus éclairé.

En l'espèce, le médecin gynécologue avait fait prendre des risques à sa patiente en acceptant, d'une part, de procéder à une induction de l'ovulation chez une femme âgée de 44 ans qui avait déjà 4 enfants, souffrait d'une dysovulation et avait fait 2 accidents abortifs, d'autre part, en l'exposant, sans justification thérapeutique, au risque majeur d'un déclenchement artificiel de l'accouchement malgré ses antécédents et dans des conditions obstétricales peu favorables compte tenu d'une présentation élevée, d'un utérus très hypotonique et d'un col court mais fermé. Par conséquent, la Cour d'Appel en a déduit que le médecin avait manqué à l'obligation pesant sur lui. (...)

Cass. Civ. 1^{ère}, 7 octobre 1998, pourvoi n°97-10.267

Victime le 3 avril 1985 d'une chute lui ayant causé une fracture de la 2^e vertèbre lombaire, une patiente a, en raison d'une cyphose lombaire persistante, subi le 3 février 1987, dans la matinée, une intervention, pratiquée par un chirurgien dans une clinique, consistant en la mise en place d'un cadre de Hartchild.

Dans un 2^e temps, cette intervention devait être suivie d'une greffe vertébrale. Dans l'après midi, des troubles de l'œil gauche se sont manifestés. Dès qu'il a été averti, le chirurgien est venu au chevet de sa patiente et a modifié la thérapeutique prescrite et a organisé une consultation ophtalmologique en urgence. Le diagnostic de thrombose du sinus caverneux a été confirmé. Cette affection a eu pour conséquence la perte fonctionnelle définitive de l'œil. En invoquant une faute médicale dans la surveillance post-opératoire de la part de l'anesthésiste, du chirurgien, ainsi que du personnel de la clinique qui n'aurait pas provoqué l'intervention immédiate du chirurgien, ou de toute autre personne qualifiée, la patiente a recherché leur responsabilité.

En cause d'appel, elle a prétendu que le chirurgien avait manqué à son devoir d'information en ne l'avertissant pas du risque encouru. Par un arrêt en date du 26 septembre 1996, la Cour d'Appel de Lyon a confirmé du chef de l'absence de faute et a débouté la patiente de l'ensemble de ses demandes.

La patiente a formé un pourvoi en cassation.

La Cour de cassation a cassé l'arrêt affirmant qu'hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les

risques graves afférents aux investigations et soins proposés et qu'il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement. Le médecin devait informer la patiente de la thrombophlébite du sinus caverneux quand bien même ce risque soit très rare.

→ Après la loi du 4 mars 2002

Les professionnels de santé ne sont tenus d'informer leurs patients que sur les risques dont l'existence est connue au moment où cette information doit être délivrée.

Cass. Civ. 1^{ère}, 26 septembre 2012, pourvoi n°11-22.384

Une patiente a subi une rachianesthésie à l'issue de laquelle elle avait conservé de graves séquelles neurologiques, dues à la toxicité du produit employé.

Le médecin qui a prescrit la rachianesthésie a été déclarée responsable de la perte de chance de 80% subie par la patiente de ne pas avoir pu renoncer à cette pratique. Selon l'arrêt rendu par la Cour d'Appel de Douai le 26 mai 2011, la patiente aurait dû bénéficier des informations sur les risques de cette technique sur la base des recommandations de la Société française d'anesthésie réanimation, telles que reprises par l'expert dans son rapport, notamment sur les risques de complication graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations, tous décrits comme extrêmement rares, et estime que si l'opération avait été nécessaire, elle aurait pu opter pour une anesthésie générale telle qu'elle avait subie à plusieurs reprises par le passé.

La Cour de cassation casse l'arrêt motifs pris que les professionnels de santé ne sont tenus d'informer leurs patients que sur les risques dont l'existence est connue au moment où cette information doit être délivrée. En l'espèce, la Cour de cassation relève que la Cour d'appel n'a pas tiré les conséquences de ses constatations au regard de l'article 1147 du Code civil alors qu'elle avait relevé que la neurotoxicité de la marcaïne, produit qui avait été utilisé pour la rachianesthésie, était inconnue à la date de l'intervention, il n'était donc pas possible d'informer la patiente de cette complication.

Cass. Civ. 1^{ère}, 18 mars 2003, pourvoi n°01-15.196

Une patiente, présentant des lombalgies, a été adressée à un chirurgien, qui a pratiqué le 15 mars 1993, une intervention ayant notamment consisté en une greffe intersomatique. Le 16 septembre 1994, le chirurgien a proposé à la patiente, souffrant d'une sciatique, une autre opération visant à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Le 5 décembre 1994, au cours de cette opération, le chirurgien a procédé à l'ablation d'un fragment osseux découvert dans le canal rachidien. La patiente, ayant gardé un déficit neurologique important, a sollicité en référé expertise et a assigné le chirurgien en réparation du préjudice subi.

Par un arrêt en date du 16 mai 2011, la Cour d'Appel de ROUEN a débouté la patiente de ses demandes en retenant que ce fragment provenait de la greffe qui n'avait pas été correctement réalisée le 15 mars 1993 et que lors de l'exérèse, le chirurgien avait commis une maladresse et a manqué à son obligation d'information.

La patiente forme un pourvoi en cassation.

La Cour de cassation rejette le pourvoi estimant notamment que le risque n'étant pas inhérent à l'intervention proposée, ne pouvait faire l'objet d'une information préalable.

Le choix des mots pour informer : comment informer le patient ?

L'information, pour qu'elle soit comprise par le patient, doit être non seulement d'une certaine qualité mais surtout adaptée aux capacités de compréhension de ce dernier. Il est requis en principe que l'information doit être claire, loyale et appropriée.

L'information, même écrite, doit expliciter les risques précis de l'acte envisagé, sans se borner à des généralités.

Cass. Civ. 1^{ère}, 6 février 2013, n°12-17.423

Le 19 janvier 2005, un chirurgien a pratiqué une intervention de lipectomie. La patiente a subi une nécrose cutanée à la jonction des cicatrices verticale et horizontale.

Par un arrêt en date du 17 janvier 2012, la Cour d'Appel de Reims rejette les demandes en responsabilité de la patiente à l'encontre de son chirurgien en retenant, sur le fondement du rapport d'expertise et des éléments versés aux débats, qu'il n'existe pas de geste médical ou chirurgical pour éviter la survenance d'un épanchement qui est considéré comme une simple complication et non comme le résultat d'une faute commise par le médecin qui a pratiqué l'intervention.

Par ailleurs, la patiente a signé une autorisation d'opérer avec accord sur l'information qui lui a été donnée, en ces termes :

« J'accepte l'opération chirurgicale proposée par le docteur Etienne Marie Y... Je sais qu'il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque et que des complications sont possibles même si l'intervention est conduite normalement. Je reconnais que la nature de l'opération prévue ainsi que ses avantages et ses risques m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, le docteur Etienne Marie Y... a répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que je lui ai posées. J'ai bien noté que toute intervention peut comporter des difficultés qui peuvent contraindre mon chirurgien à en modifier le cours dans l'intérêt de mon état de santé actuel et futur ».

La Cour de cassation casse l'arrêt motif pris que la Cour d'Appel n'aurait pas donné de base légale à sa décision au regard des textes susvisés en statuant ainsi, sans rechercher comme il lui était demandé, d'une part, si la nécrose cutanée à la jonction des cicatrices verticale et horizontale, complication connue pour les plasties abdominales dont elle avait constaté la survenance, n'aurait pas pu être évitée par un geste médical adapté, d'autre part, si le praticien n'avait pas failli à son obligation d'explicitier les risques précis de l'abdominoplastie, notamment par la remise d'une brochure exhaustive telle que celle qui avait été remise à la patiente lors de la seconde intervention.

La remise de brochures contenant des informations relatives aux substances pharmaceutiques injectées ne saurait remplacer l'information personnalisée que doivent dispenser à chaque patient les praticiens d'un centre hospitalier.

CAA Marseille, 25 janvier 2007, M.X c/ CH GAP, requête n°05MA01464

Un patient, atteint d'un cancer de la prostate, a subi le 31 mars et le 15 juin 2000 au centre hospitalier de GAP un traitement par injection de produits médicamenteux ayant entraîné des effets secondaires. Le patient, estimant qu'il n'avait pas reçu d'information quant aux risques, qui étaient connus et graves, inhérents aux traitements qui ont été pratiqués, a recherché la responsabilité du Centre Hospitalier devant le Tribunal Administratif de Marseille et demandé la condamnation de l'établissement à lui verser la somme de 160 000 euros en réparation des différents préjudices que lui aurait causés cette absence d'information.

Le patient relève appel du jugement du tribunal en date du 12 avril 2005 en tant que ce jugement a rejeté sa demande. La CPAM des Hautes Alpes demande pour sa part à la Cour de condamner le Centre Hospitalier de GAP à lui verser la somme de 1.771,89 euros au titre de ses débours avec intérêts de droit ainsi qu'à lui régler toute note ultérieure ainsi que la somme de 590,63 euros en application de l'article L.376-1 al. 5 du code de la sécurité sociale.

La Cour Administrative d'Appel rejette à nouveau sa demande. Elle rappelle dans un considérant de principe que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé. Par conséquent si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité, de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation.

En l'espèce, le patient s'est vu remettre des brochures contenant des informations relatives aux substances pharmaceutiques injectées. La CAA relève que la remise de brochures ne saurait remplacer l'information personnalisée que doivent dispenser à chaque patient les praticiens d'un centre hospitalier. Cependant, il résulte de l'expertise et de divers éléments fournis que le patient a bénéficié de la part du centre hospitalier antérieurement au traitement d'hormonothérapie qui lui a été administré le 31 mars et le 15 juin 2000 d'une information complète relative aux troubles, notamment d'ordre sexuel et aux effets secondaires que ce type de thérapie est susceptible d'occasionner. Par conséquent, aucune faute en matière d'information et de consentement du patient susceptible d'engager la responsabilité du service hospitalier ne peut être retenue à l'égard du patient.

L'information délivrée doit être conforme aux données acquises de la science.

Cass. Civ. 1^{ère}, 21 janvier 2003, pourvoi n°00-18.229

A la suite d'une intervention chirurgicale réalisée en 1992, une patiente a présenté des troubles. Elle a recherché la responsabilité de son médecin et a demandé à ce dernier et à son assureur l'indemnisation de son préjudice.

Par un arrêt en date du 23 mars 2000, la Cour d'Appel de Douai a condamné le médecin et l'assureur in solidum à indemniser, au titre de la perte de chances les 2/3 du préjudice subi par la patiente.

Le médecin forme un pourvoi en cassation. Il reproche à la Cour d'Appel d'avoir violé l'article 1147 du Code civil et l'article 7 de la CEDSDH en décidant qu'il avait commis une faute en s'abstenant d'informer la patiente en 1992 des risques exceptionnels présentés par l'intervention alors qu'il n'était pas tenu de lui délivrer à ce moment.

La Cour de cassation rejette le pourvoi. D'une part, elle estime que l'article 7 de la CEDSDH est seulement applicable devant les juridictions pénales. D'autre part, elle rappelle qu'hors le cas d'urgence, de refus ou d'impossibilité, le médecin est tenu de délivrer à son patient une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose, de façon à lui permettre de prendre sa décision en connaissance de cause, après avoir comparé les avantages de ceux-ci et les risques encourus et que cette information doit être conforme aux données acquises de la science.

La preuve de la délivrance de l'information : comment prouver que l'information a été délivrée ?

Il résulte d'une jurisprudence constante que la preuve de la délivrance de l'information se fait par tous moyens.

CE 14 novembre 2011, Mme TOURRES c/ CH CHÂTEAUX, requête n°337715

Une patiente a subi le 8 novembre 2002 au centre hospitalier de Châteaux une intervention chirurgicale pour remédier à une otospongiose, au cours de laquelle un piston a été placé à l'intérieur de son oreille gauche. A la suite de différents troubles, elle a été réopérée le 18 novembre 2002 au CHU de Limoges. Après avoir constaté la présence d'un granulome, le chirurgien a procédé à un raccourcissement du piston. La patiente ayant gardé une surdité totale de l'oreille, des acouphènes et des vertiges, a recherché la responsabilité du Centre Hospitalier de Châteaux dont elle a obtenu la condamnation par un jugement du 9 octobre 2008 du tribunal administratif de Limoges.

Elle se pourvoit en cassation contre l'arrêt du 21 janvier 2010 par lequel la CAA de Bordeaux a annulé ce jugement et rejeté ses demandes ainsi que les conclusions de la CPAM de l'Indre.

Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi et rappelle sur l'obligation d'information que par une attestation signée antérieurement à l'intervention litigieuse, la patiente avait donné son consentement à la réalisation de cette opération, en certifiant que l'ensemble des risques et complications potentiels de cette chirurgie lui avaient été clairement indiqués. Par ailleurs, cette attestation faisait état de l'entretien individuel que la patiente avait eu avec le praticien qui allait réaliser l'intervention. Par conséquent, l'obligation d'information avait été délivrée.

Le fait qu'un médecin ait différé la réalisation d'un acte afin que sa patiente consulte son médecin traitant, ne permet pas d'établir la preuve de l'information.

Cass. Civ. 1^{ère}, 28 octobre 2010, pourvoi n°09-13.990

Après avoir été opéré le 17 janvier 1993 d'une hernie discale et après avoir réintégré son domicile, un patient a du être réadmis à la clinique le 30 janvier, son état s'étant aggravé. Une IRM lombaire, pratiquée le 4 mars 1993 a révélé une spondylodiscite. Le patient a recherché la responsabilité de la clinique et de son chirurgien.

Par un arrêt en date du 17 octobre 1998, la Cour d'Appel de Colmar a retenu la responsabilité du chirurgien et mis hors de cause la clinique puisqu'il était responsable du retard dans l'établissement du diagnostic.

Le patient a formé un pourvoi en cassation.

La Cour de cassation casse l'arrêt estimant que la Cour d'Appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article 1147 du code civil en limitant la réparation du préjudice invoqué par le patient et exclut tout manquement du chirurgien à son devoir d'information en énonçant qu'il est constant que ce dernier ait vu 2 fois le patient et qu'il s'est écoulé 3 semaines entre la première consultation et l'intervention qu'il a pratiquée, de sorte que le patient a bénéficié de toutes les informations utiles. En effet, un tel raisonnement ne permet pas d'établir que le chirurgien avait satisfait à son obligation d'information.

Les nombreuses consultations précédant une intervention ne peuvent qu'attester le respect de l'obligation d'information.

Cass. Civ. 1^{ère}, 12 juin 2012, pourvoi n°11-18.928

A la suite d'une intervention chirurgicale pour arthrodèse des vertèbres pratiquée le 26 janvier 2005, une patiente est atteinte de séquelles. Par un arrêt en date du 2 mars 2010, la Cour d'appel de Nîmes a rejeté les demandes d'indemnisation de la patiente envers le chirurgien.

La patiente forme un pourvoi en cassation arguant du fait qu'elle n'avait pas été informée des risques de l'opération.

La Cour de Cassation rejette le pourvoi rappelant que le médecin, à qui incombe la charge de la preuve de ce qu'il a informé son patient dans les conditions prévues à l'article L.1111-2 du code de la santé publique, peut s'en acquitter par tous moyens. En l'espèce, la Cour d'Appel avait constaté que la patiente avait déjà subi une intervention d'arthrodèse vertébrale par le même praticien auparavant avec un résultat favorable, qu'elle était suivie par ce chirurgien depuis l'année 2000. En 2002, les douleurs lombaires étaient réapparues et elle avait revu son chirurgien à cette époque puis à de très nombreuses reprises avant que soit posée l'indication chirurgicale. La Cour d'Appel a relevé également qu'après chaque consultation, le chirurgien adressait une lettre au médecin traitant. De plus, le chirurgien avait prescrit une IRM lombaire réalisée le 4 janvier 2005 et l'intervention n'avait été programmée qu'après une nouvelle consultation.

Par conséquent, les juges du fond ont estimé souverainement que le chirurgien avait pris le soin d'analyser l'ensemble des éléments de nature à fonder un choix éclairé, établissant qu'elle avait reçu toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles.

La sanction du défaut d'information du patient : *quels sont les risques liés à un défaut d'information du patient ?*

La jurisprudence, tant judiciaire qu'administrative, a élargi les effets délétères attachés à un défaut d'information.

Cependant, au regard des incertitudes sur ce point, il convient d'envisager ces deux types de sanction.

→ Sur la perte de chance

CE 24 septembre 2012, requête n°339285

La requérante avait subi en 2002 une opération de résection costale destinée à soulager le syndrome de la traversée thoraco-brachiale dont elle était atteinte. Cette opération a été suivie de complications neurologiques, sensibles et motrices et la patiente a été contrainte d'abandonner son métier de coiffeuse. Elle a exercé un recours indemnitaire contre les Hospices civils de Lyon, au titre d'un manquement à l'obligation d'information sur les risques des interventions chirurgicales, et contre l'ONIAM, au titre de la réparation des aléas thérapeutiques.

Son recours a été rejeté par le tribunal administratif de Lyon puis par la Cour administrative d'appel de Lyon dont l'arrêt a été frappé d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat.

Par cet arrêt, le Conseil d'Etat rappelle tout d'abord le principe de l'obligation d'information du patient.

Considérant que, lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que, si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation.

Considérant qu'un manquement des médecins à leur obligation d'information engage la responsabilité de l'hôpital dans la mesure où il a privé le patient d'une chance de se soustraire au risque lié à l'intervention en refusant qu'elle soit pratiquée ; que c'est seulement dans le cas où l'intervention était impérieusement requise, en sorte que le patient ne disposait d'aucune possibilité raisonnable de refus, que les juges du fond peuvent nier l'existence d'une perte de chance.

L'arrêt rendu par la Cour administrative d'appel de Lyon est donc annulé par le Conseil d'Etat motif pris que la CAA n'a pas recherché si la patiente avait bénéficié d'une possibilité raisonnable de refus mais qu'elle aurait pris une autre décision si elle avait été informée.

Considérant qu'après avoir constaté que les médecins de l'hôpital Edouard-Herriot n'avaient pas informé la patiente des complications susceptibles de survenir à la suite de l'intervention qui lui était proposée, la CAA de Lyon a estimé qu'eu égard à la gêne fonctionnelle croissante qu'entraînait pour elle le syndrome du défilé thoraco-brachial et à l'absence d'alternative thérapeutique moins risquée, il ne résultait pas de l'instruction que la patiente aurait renoncé à l'intervention si elle avait été pleinement informée ; qu'en écartant pour ce motif la responsabilité des Hospices civils de Lyon, alors qu'il lui appartenait, non de déterminer quelle aurait été la décision de l'intéressée si elle avait été informée des risques de l'opération, mais de dire si elle disposait d'une possibilité raisonnable de refus et, dans l'affirmative, d'évaluer cette possibilité et de fixer en conséquence l'étendue de la perte de chance, la cour a commis une erreur de droit.

Cass. Civ. 1^{ère}, 10 avril 2013, pourvoi n°12-14.813

Le 23 mai 1995, un médecin ophtalmologiste a pratiqué une intervention combinée de la cataracte et d'un glaucome de l'œil gauche dont les suites avaient nécessité une nouvelle opération trois mois plus tard, puis l'éviscération de l'œil de 2002. Ce médecin ophtalmologiste a été condamné à indemniser l'ensemble des préjudices de la patiente.

Par un arrêt en date du 23 septembre 2011, la Cour d'Appel de Colmar a constaté que le médecin ophtalmologiste n'avait pas respecté l'obligation d'information qui lui incombait, faute ayant privé la patiente de donner un consentement ou un refus éclairé à l'intervention. Par conséquent, la Cour d'Appel condamne ce médecin à indemniser la patiente des conséquences des complications survenues résultant de l'acte chirurgical non constitué de façon éclairée, et que, dans la mesure où aucun élément du dossier ne permet de connaître le délai d'évolution prévisible de la pathologie oculaire de la patiente en l'absence d'intervention, c'est l'ensemble

de ces complications et de leurs conséquences survenues dans les suites directes et immédiates de l'intervention pratiquée qui doit être indemnisé.

La Cour de cassation casse l'arrêt, sauf en ce qu'il a retenu que le défaut d'information du praticien, car il appartenait à la Cour d'Appel de déterminer la fraction de l'indemnité devant être mis à la charge du praticien. Cependant la Cour de cassation rappelle dans un attendu qu'elle érige en attendu de principe :

Attendu que lorsque le défaut d'information sur les risques d'une intervention chirurgicale a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation d'un de ces risques, en refusant définitivement ou temporairement l'intervention projetée, l'indemnité qui lui est due doit être déterminée en fonction de son état et de toutes les conséquences qui en découlent pour lui et correspondre à une fraction, souverainement évaluée, de son dommage.

→ Sur le dommage moral pour défaut d'information

Le non-respect du devoir d'information cause, à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice qu'en vertu des dispositions de l'article 1382 du code civil le juge ne peut laisser sans réparation.

Cass. Civ. 1^{ère} 12 juin 2012, pourvoi n°11-18.327

Un médecin rhumatologue a administré en 1988 une injection intra-discale d'Hexatrione pour soulager des douleurs lombaires, à laquelle il imputait une calcification ayant rendu nécessaire une intervention chirurgicale. Par un arrêt en date du 28 avril 2010, la Cour d'Appel de Rennes rejette les demandes en dommages-intérêts du patient à l'encontre de son médecin rhumatologue motif pris qu'il n'était pas démontré que, mieux informé, le patient aurait refusé la technique proposée et préféré la chirurgie, le traitement médical classique ayant échoué et cette technique étant alors sans risque connu et réputée apporter fréquemment un soulagement réel.

La Cour de cassation casse cet arrêt rappelant un attendu de principe selon lequel **le non-respect par un médecin du devoir d'information dont il est tenu envers son patient, cause à celui auquel cette information était légalement due un préjudice qu'en vertu de l'article 1382 du code civil le juge ne peut laisser sans réparation.**

En l'espèce, la Cour d'Appel avait constaté que le médecin rhumatologue n'établissant pas voir informé le patient que le traitement prescrit, quoique pratiqué couramment et sans risque connu, n'était pas conforme aux indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché. Il en résulte que le patient privé de la faculté de donner un consentement éclairé avait nécessairement subi un préjudice.

Ce préjudice est caractérisé alors même que le patient, aguerri et bien informé des incidences des actes médicaux et des risques encourus en tant que sportif de haut niveau, n'aurait pas soulevé la question des effets (dopants en l'espèce) du médicament prescrit devant le médecin.

Cass. Civ. 1^{ère}, 28 novembre 2012, requête n°11-26.516

Un coureur cycliste professionnel a consulté un médecin généraliste le 30 juin 2008 en raison d'une crise hémorroïdaire. Le médecin prescrit un médicament contenant une substance interdite lors de certaines compétitions. Ce coureur a fait l'objet, lors de l'épreuve du Tour de France de la même année, d'un contrôle positif aux produits dopants et a été licencié par l'équipe qui l'employait. Le patient a recherché la responsabilité du médecin pour faute.

Par un arrêt en date du 14 septembre 2011, la Cour d'Appel de Riom a rejeté les demandes du patient.

Le patient forme un pourvoi en cassation estimant pour l'essentiel que le médecin avait commis une faute en n'informant pas son patient des effets et contre-indications du médicament qu'elle lui avait prescrit et qui ont eu pour conséquence de l'exclure du Tour de France 2008 pour utilisation de produits dopants interdits.

La Cour de cassation casse cet arrêt pour violation de l'article L.1111-2 du code de la santé publique. La Cour de cassation rappelle que toute personne a le droit d'être informée, préalablement aux investigations, traitements ou actions de prévention proposés, des risques inhérents à ceux-ci, et que son consentement doit être recueilli par le praticien, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle elle n'est pas à même de consentir, de sorte que le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice, que le juge ne peut laisser sans réparation. En

l'espèce, la Cour d'appel avait énoncé que le médecin avait commis une faute en administrant un traitement par Heptaminol sans vérification suffisante de la situation du patient, qui lui avait donné connaissance de son activité sportive professionnelle et qu'il ne justifiait pas avoir communiqué à celui-ci les informations médicales concernant les effets et contre-indications de ce médicament.

Indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques courus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité notamment en prenant certaines dispositions personnelles

CE 24 septembre 2012, requête n°336223

Un patient atteint d'obésité a subi au CHU de Nice, d'une part, le 25 novembre 1998, une gastroplastie verticale selon la technique dite de « Mason » qui a nécessité le 3 mars 2000 une reprise chirurgicale à l'hôpital Henri Mondor et entraîné un reflux gastro-œsophagien, d'autre part, le 15 juillet 1999, une intervention en vue de réduire une gynécomastie bilatérale, qui a nécessité une reprise le 28 juillet 1999. Le patient a recherché la responsabilité du CHU de Nice au titre d'un défaut de consentement aux interventions des 25 novembre 1998 et 15 juillet 1999 et de fautes médicales commises lors de leur réalisation.

Par un jugement du 22 septembre 2006, le TA de Nice, retenant que le patient n'avait pas donné son consentement à la réalisation d'une gastroplastie selon la technique de « Mason » a condamné le CHU de Nice à verser à l'intéressé la somme de 10.000 euros au titre des conséquences dommageables de l'intervention du 25 novembre 1998 et rejeté le surplus de ses conclusions

Par un arrêt en date du 14 mai 2009, la CAA de Marseille a rejeté la requête du patient tendant à la réformation du jugement du 22 septembre 2006 du TA de Nice relatif à la réparation des conséquences d'interventions chirurgicales pratiquées au CHU de Nice les 15 novembre 1998 et 15 juillet 1999 et fait partiellement droit à l'appel incident du CHU de Nice en réduisant les indemnités mises à la charge de cet établissement.

Le patient se pourvoit en cassation.

Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la CAA en tant qu'il a statué sur son droit à réparation des conséquences de l'intervention pratiquée le 25 novembre 1998 (gastroplastie).

Le Conseil d'Etat rappelle qu'hors les cas d'urgence ou d'impossibilité de consentir, 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.**

En l'espèce, le patient a donné son consentement à la pose d'un anneau péri-gastrique modulable, permettant un ajustement de la restriction alimentaire. De plus, le CHU de Nice a pratiqué une intervention de gastroplastie verticale consistant à scinder l'estomac en deux compartiments, technique qui ne permet aucun ajustement ultérieur, qui impose le respect de contraintes hygiéno-diététiques particulières et qui, sans être totalement irréversible, rend difficile la réfection de l'estomac. Il en ressort que le patient n'avait pas donné son consentement à l'intervention réalisée par le chirurgien mais à une intervention substantiellement différente.

CE 10 octobre 2012, requête n°350426

Le 1^{er} mars 2002, le patient a subi au CHRU de Rouen une intervention chirurgicale rendue nécessaire par la découverte d'une tumeur rectale. Un abcès périnéal et une fistule sont apparus 8 jours après l'opération. La fistule a été traitée sans succès par des soins locaux et 4 injections de colle biologique jusqu'au début du mois de juillet 2003. Le 24 juillet 2003, le patient a subi à l'hôpital Saint Antoine à Paris une intervention chirurgicale qui a permis la consolidation de son état de santé. Le patient a recherché la responsabilité du CHRU de Rouen devant le TA de Rouen qui a rejeté sa demande par un jugement du 9 juillet 2009. Il se pourvoit en cassation contre l'arrêt du 16 novembre 2001 par lequel la CAA de Douai a confirmé ce jugement.

Le Conseil d'Etat casse cet arrêt. Le CHRU de Rouen n'établissait pas que le patient avait été informé avant l'opération chirurgicale du 1^{er} mars 2002 que cette intervention impliquait le recours à une poche d'iléostomie et qu'elle comportait des risques de complications graves comprenant, notamment, une atteinte probable des fonctions sexuelles. Toutefois il ressort du compte rendu faisant suite à l'examen par cœlioscopie réalisé le 28

janvier 2002 et du rapport de l'expert que cette intervention était impérieusement requise pour extraire la tumeur dont le patient était porteur. Le manquement des médecins à leur obligation d'information n'a donc pas fait perdre à l'intéressé une chance de refuser l'intervention et d'échapper à ses conséquences dommageables. Cependant, **indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques courus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaines dispositions personnelles.**

S'agissant d'un droit personnel, détaché des atteintes corporelles, accessoire au droit à l'intégrité physique, la lésion de ce droit subjectif entraîne un préjudice moral, résultant d'un défaut de préparation psychologique aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle.

Cass. Civ. 1^{ère}, 12 juillet 2012, pourvoi n°11-17.510

A la suite de l'intervention pratiquée, le 16 juin 1999, pour résoudre une hernie inguinale, le patient a souffert d'une atrophie douloureuse du testicule droit nécessitant l'ablation de cette glande, effectuée, le 8 novembre 1999, avec pose d'une prothèse, par un autre chirurgien. En raison du déplacement de la prothèse, ce chirurgien en a posé une seconde, lors d'une nouvelle intervention en date du 20 décembre 1999. Cette seconde prothèse a éclaté le 4 mars 2000, lors d'une partie de tennis. Le patient a subi une nouvelle intervention pour la retirer le 17 mars 2000. Le médecin, son assureur, le fabricant de prothèse et la société Laboratoire Eurosilicone ont été assignés.

Par un arrêt en date du 8 février 2011, le médecin a été déclaré responsable, pour manquement à son obligation d'information envers le patient à l'origine de la perte de chance, de moitié des conséquences dommageables et des interventions subséquentes.

La Cour de cassation estime que le droit d'être informé est détaché des atteintes corporelles et accessoires au droit à l'intégrité physique. La lésion de ce droit entraîne un préjudice morale, résultant d'un défaut de préparation psychologique aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle.

L'obligation d'information du patient en cas de dommage : quel est le cadre légal de cette obligation d'information ?

Il résulte de l'article L.1142-4 du Code de la Santé Publique :

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

CAA Nancy 9 avril 2009, requête n°07NC01468

Une patiente alors âgée de 30 ans, a été admise au services des urgences du CH de Hautepierre le 25 février 2003 en raison de douleurs ressenties dans le bas ventre et que transférée le lendemain au service de gynécologie obstétrique du même centre hospitalier, le diagnostic d'un kyste ovarien du côté droit a été posé. Le même jour, une exploration chirurgicale a été pratiquée par voie coelioscopique au cours de laquelle le kyste hémorragique a été évacué. Le 28 février 2003, en raison de la fièvre et de douleurs persistantes pouvant faire suspecter une lésion digestive, une nouvelle intervention chirurgicale a été pratiquée, révélant l'existence d'une péritonite en raison de la perforation du côlon transverse. Une éviscération transrectale droite sera diagnostiquée le 30 avril 2004, rendant nécessaire une nouvelle intervention chirurgicale le 15 mai 2004 pour

une réfection pariétale. L'état de la patiente a été consolidé à la date du 2 janvier 2006. La patiente a engagé la responsabilité du Centre Hospitalier.

Par un jugement en date du 30 août 2007, le Tribunal Administratif de Strasbourg a rejeté sa demande tendant à la condamnation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg à réparer les conséquences dommageables résultant de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie le 26 février 2003.

La patiente interjette appel.

La CAA de Nancy rejette sa demande et estime notamment qu'il résulte de l'instruction que la patiente et son conjoint ont été informés le 28 février 2003 de la nécessité de la seconde intervention et du risque de mise en place d'une stomie et, après celle-ci, des constatations opératoires et du déroulement de l'intervention. Par conséquent, la patiente n'est pas fondée à soutenir que les Hôpitaux universitaires de Strasbourg auraient méconnu l'obligation d'information imposée par les dispositions précitées en cas de survenance d'un accident médical.

Conférence 2 : gestion de l'entretien qui « tourne mal »

Afin de mieux gérer un entretien qui « tourne mal », les professionnels de santé doivent connaître les différentes infractions et les différentes possibilités d'actions offertes au patient.

Les infractions potentielles : *quels sont les risques pour les professionnels de santé ?*

→ La responsabilité civile

Devant le juge judiciaire : le professionnel libéral

La violation d'une obligation de prudence et de diligence

Le médecin est tenu d'une obligation de prudence et de diligence. Etant donné les conséquences particulièrement graves que peut avoir sa négligence pour le malade, il doit faire preuve de la plus grande attention. S'il n'a pas l'obligation de guérir, le médecin a cependant celle de ne pas nuire à son patient selon l'adage *Primum non nocere*. S'il lui cause un dommage par une négligence ou un manque de prudence banal, il commet une faute dont il pourra être appelé à réparer les conséquences dommageables.

Les décisions de justice permettent d'identifier 3 types de violations de cette obligation et de déterminer les limites de celle-ci :

- Les imprudences et négligences relatives à des interventions chirurgicales

Cass. Civ. 1^{ère}, 24 avril 2013, pourvoi n°12-17.975

Un médecin urologue a pratiqué le 13 décembre 2000 une adénomectomie prostatique à la suite de laquelle est apparue une incontinence urinaire, à laquelle il n'a pu être remédié malgré la consultation d'autres spécialistes et plusieurs interventions. Le patient a recherché la responsabilité du médecin urologue.

Par un arrêt en date du 7 février 2012, la Cour d'Appel de Lyon a rejeté ses demandes. Le patient forme un pourvoi en cassation reprochant à la Cour d'Appel d'avoir retenu l'aléa thérapeutique.

La Cour de cassation rejette le pourvoi approuvant la Cour d'Appel. Cette dernière avait en effet relevé que, selon l'expert l'intervention avait été menée suivant une technique éprouvée avec les précautions habituellement recommandées, qu'aucune erreur, imprudence manque de précaution, négligence ou toute autre défaillance n'avait été commise, l'expert ayant retiré le terme « maladresse » de son pré-rapport en l'absence de tout élément objectif lui permettant de caractériser le geste maladroit qui aurait pu provoquer l'incontinence urinaire dont est atteint le patient, ou ne serait-ce que la lésion d'un organe ou d'un tissu qui n'aurait pas dû être endommagé au cours de l'adénomectomie, elle n'a pu qu'en déduire, en l'absence d'une telle lésion ou d'une faute quelconque que la responsabilité du médecin urologue ne pouvait être engagée.

CA Nouméa 18 mars 2013, n°11/00172

En novembre 2004, une patiente a été hospitalisée pour subir en urgence une intervention chirurgicale consistant en l'ablation de la vésicule biliaire par coelioscopie. Il est reproché au chirurgien d'avoir sectionné deux canaux au lieu d'un seul, le cholédoque et le cystique. Il lui est également reproché d'avoir tardé à réagir

puisque c'est vers 12h30 qu'il a pris la décision d'opérer « à ventre ouvert » afin de réparer les dégâts occasionnés et de reconstituer la voie biliaire endommagée. La longueur de l'intervention (9h30) a entraîné chez la patiente une paralysie de la main droite consécutive, selon elle, à un défaut d'installation au niveau du bras.

A la suite de cette intervention, outre la paralysie radiale droite qui a subsisté pendant quelques mois, des complications sont apparues en 2005 et 2006 amenant la patiente à subir de nouvelles interventions.

L'expert judiciaire désigné a estimé qu'il s'agit d'un accident médical rentrant dans le cadre de l'aléa thérapeutique.

La Cour d'Appel rappelle que si l'expert judiciaire a relevé l'existence de gestes imparfaites de la part du chirurgien, il indique qu'il n'est pas possible d'identifier une faute et conclut qu'il s'agit d'un accident médical rentrant dans le cadre de l'aléa thérapeutique notamment en raison du contexte inflammatoire et des variations anatomiques propres à la patiente.

- **Les imprudences et négligences relatives à la prescription ou à l'utilisation de médicaments**

CA Toulouse 18 juillet 2011, n°10/01727

Une patiente née en 1984 qui portait des lentilles de correction de myopie a consulté le 31 janvier 2005 un ophtalmologue, en raison d'un gonflement douloureux de la paupière de l'œil gauche. Ce praticien a diagnostiqué un chalazion ou bouton infectieux et lui a prescrit une corticothérapie locale par collyre et pommade.

La patiente a présenté par la suite un voile à l'œil gauche provenant d'une opacité cornéenne centrale.

L'ophtalmologue, qu'elle a revu le 24 mars 2005, a constaté une baisse importante de l'acuité visuelle de l'œil gauche et a prescrit un traitement corticoïde pendant 15 jours, avec le même collyre que celui déjà prescrit en janvier.

Une nouvelle consultation au mois de mai en raison de la persistance des troubles a conduit à la prescription du même traitement pour une durée de 6 jours.

La patiente a consulté à Paris le 12 juillet 2005 un autre praticien qui a diagnostiqué un herpès et prescrit un traitement anti viral.

La patiente, n'ayant pas retrouvé une vision normale de son œil gauche, a sollicité et obtenu en référé la désignation d'un expert, puis a assigné au fond l'ophtalmologue en indemnisation de son préjudice consécutif à la pathologie de l'œil gauche.

Par jugement avant dire droit du 17 juin 2008, le TGI de Toulouse, a posé à l'expert des questions relatives aux liens possibles entre la corticothérapie prescrite le 31 janvier 2005 et l'herpès ainsi que sur les possibilités d'amélioration de la vision de l'œil par une greffe de cornée.

La patiente a relevé appel par déclaration en date du 31 mars 2010 dont la régularité et la recevabilité ne sont pas discutées.

La Cour d'Appel rappelle qu'il se forme entre le médecin et son patient un véritable contrat comportant pour le praticien l'obligation de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. Cette obligation concerne également le diagnostic posé par le médecin, ses investigations ou mesures préalables, le traitement qu'il doit adapter à la pathologie du patient et le suivi de ce traitement. La violation même involontaire de cette obligation de soins engage la responsabilité du médecin sur le fondement de l'article 1147 du code civil et de l'article L.1141-1 du code de santé publique.

En l'espèce, l'expert judiciaire indique dans son 1^{er} rapport que la pathologie présentée par la patiente est une opacité cornéenne centrale de l'œil gauche, responsable de la baisse de la vision, à type de kératite stromale, constituant une inflammation profonde de la cornée, vraisemblablement d'origine herpétique. Il explique que lors de la consultation initiale du 31 janvier 2005, la patiente présentait un chalazion, à savoir un engorgement d'une glande de Meibonius dans la paupière, dont le traitement admis est une corticothérapie locale par pommade et collyre, ce qui a été prescrit à cette patiente.

Par conséquent, le contenu des rapports d'expertise judiciaire, l'avis de l'expert sérieusement motivé par une analyse technique précise des données médicales qui lui ont été soumises, conduisent à considérer, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une nouvelle expertise, que l'ophtalmologue a prescrit les traitements adaptés aux pathologies présentées par sa patiente

CE 19 octobre 2001, requête n°210590

Pour infliger une sanction à un médecin sur le fondement de l'article 39 du code de déontologie médical, la section disciplinaire du CNOM a retenu que celui-ci prescrivait à ses malades des médicaments tels le vaccin de Friedman, le D.P.G., le Bioparyl et les produits Beljanski, généralement en provenance de pays étrangers, dépourvus d'AMM, dont la composition lui était parfois inconnue, qui n'avaient jamais fait l'objet de tests expérimentaux et dont ni l'efficacité ni l'innocuité n'avaient été établies en France.

Le médecin demande au Conseil d'Etat l'annulation de la décision en date du 15 avril 1999 par laquelle la section disciplinaire du CNOM lui a infligé la sanction de l'interdiction d'exercer la médecine pendant un mois.

Il résulte des dispositions ci-dessus que la juridiction disciplinaire, à qui il appartient d'apprécier souverainement le caractère suffisamment éprouvé d'un procédé ou d'un remède, doit examiner l'ensemble des données scientifiques propres à établir sa conviction. En se fondant sur ce que ni l'efficacité ni l'innocuité des médicaments prescrits par le médecin à ses patients n'avaient été établies en France, sans rechercher quelle était l'opinion de la communauté scientifique internationale, dont des travaux étaient invoqués devant elle, la section disciplinaire du CNOM a entaché sa décision d'une erreur de droit. Le Conseil d'Etat annule la décision de la section disciplinaire du CNOM.

Les imprudences et négligences relatives à l'examen médical

Cass. Civ. 1^{ère} 4 février 2003, n°00-15.572

Le 10 juillet 1991, une patiente a subi une intervention chirurgicale consistant en l'exérèse d'un lipome intracanalalaire. L'anesthésiste a mis en place une sonde sous-clavière. La patiente est sortie de la clinique le 17 juin 1991.

Le lendemain, un faux anévrisme artériel sous clavier droit consécutif à une plaie de la sous clavière droite causée par la mise en place de la sonde, a été diagnostiqué et a nécessité une seconde intervention. Les parents de la patiente mineure ont assigné l'anesthésiste en réparation des différents préjudices subis par leur fille.

Par un arrêt en date du 3 mars 2000, la Cour d'Appel de Paris a débouté la patiente, devenue majeure et a repris l'instance en son nom de ses demandes. Elle forme un pourvoi en cassation.

La Cour de cassation rejette le pourvoi. Le médecin est tenu d'une obligation de moyens lorsqu'il procède à la pose d'un appareil sur la personne du patient. Il n'est tenu d'une obligation de sécurité de résultat qu'en ce qui concerne les matériels utilisés pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins, sous réserve que le patient prouve qu'ils sont à l'origine de son dommage. En l'espèce, la Cour d'Appel a estimé que le médecin n'était pas responsable des dommages subis par la patiente.

Cependant, l'auteur d'une faute ne peut être condamné à réparation que si sa faute a contribué de façon directe à la production du dommage dont la réparation est demandée. La Cour d'appel ayant constaté, sans être tenue de suivre les parties dans le détail de leur argumentation, que si l'anesthésiste avait manqué à son devoir de surveillance post-opératoire en autorisant une sortie prématurée de la patiente, l'absence de diagnostic au jour de la sortie du faux anévrisme avait été sans conséquence sur l'évolution clinique de la patiente. Il n'existait pas de lien de causalité entre la sortie prématurée et les séquelles de la patiente.

→ Devant le juge judiciaire : les particularités du professionnel salarié

Pour que le commettant du médecin salarié soit tenu à réparation, il faut que ce dernier ait commis une des fautes qui engagent la responsabilité du médecin libéral, qu'un dommage en soit résulté et qu'un lien de causalité existe entre les deux. La faute personnelle en question est celle que commet le préposé en dehors de la mission confiée par le commettant, engageant sa responsabilité personnelle et déchargeant le commettant de toute responsabilité.

Le praticien salarié est le préposé de son employeur. Aux termes de l'article 1384 al. 5 du code civil, le premier engage par ses fautes la responsabilité du second, à condition cependant que soit établi un lien de préposition entre les deux et que le préposé ait agi dans le cadre des fonctions auxquelles il était employé. Pendant longtemps, la victime pouvait demander réparation directement au commettant, l'établissement de santé qui employait le médecin fautif, ou à ce dernier. Après avoir indemnisé la victime, le commettant pouvait exercer un recours contre le préposé en remboursement de l'indemnité qu'il avait été amené à verser à la victime.

Cependant, cette responsabilité a profondément évolué.

Lorsque le médecin est salarié d'un établissement, la victime ne peut plus lui demander réparation du préjudice subi par la faute de ce praticien. Elle ne peut qu'engager la responsabilité de l'établissement qui n'a pas de recours contre le médecin (**Ass. Plen 25 février 2000, pourvois n°97-17.378 et 97-20.152 Costedoat**). Le préposé possède une immunité lorsqu'il agit sans excéder les limites de sa mission. Cependant, la Cour de cassation avait limité la portée de l'immunité du préposé dans 2 cas :

- Lorsque le préposé commet, même sur les instructions du commettant, une faute intentionnelle pénale (**Ass. Plen. 14 décembre 2001, pourvoi n°00-82.066**)
- Lorsque le préposé commet, même sur les instructions du commettant, une faute criminelle (**Cass. Crim. 7 avril 2004, pourvoi n°03-86.203**).

La limitation de l'immunité du préposé visait le médecin salarié (**Cass. Civ. 1^{ère}, 13 novembre 2002, pourvoi n°00-22.432**)

Toutefois, l'indépendance professionnelle dont bénéficie le médecin doit toujours être préservé. C'est pourquoi la Cour de cassation abandonna cette solution en décidant d'appliquer la jurisprudence Costedoat à un médecin et une sage-femme (**Cass. Civ. 1^{ère}, 9 novembre 2004, pourvoi n°01-17.908 ; Cass. Civ. 2^{ème}, 20 décembre 2007, pourvoi n°07-13.403**).

La Cour de cassation a précisé que l'immunité du préposé n'est pas une irresponsabilité. Elle permet ainsi à l'assureur du commettant d'intenter un recours subrogatoire contre celui du médecin préposé, ce dernier étant responsable du dommage.

Cass. Civ. 1^{ère}, 12 juillet 2007, pourvois n°06-12.624 et n°06-13.790

Une patiente a, pour les besoins du traitement d'une maladie thyroïdienne, consulté un radiothérapeute. Un traitement, par radiothérapie orbitaire a été réalisé par celui-ci les 23 et 27 janvier 1989 au sein de l'hôpital Saint Louis appartenant à l'association Croix rouge française dont le radiothérapeute était le salarié.

A l'issue de la séance du 27 janvier, le radiothérapeute a constaté qu'il y avait eu un surdosage de la dose d'irradiation prescrite. Il en est résulté une double cécité totale, fin 1995, qui a amené la patiente à cesser totalement son activité professionnelle.

Après une procédure en référé, la patiente a assigné, le 26 janvier 2000, le radiothérapeute et son assureur, outre l'association Croix rouge française et l'assureur de celle-ci en responsabilité et indemnisation.

Par un jugement du 5 juillet 2001, le TGI a retenu l'existence d'un lien causal entre la faute du radiothérapeute et le préjudice subi, et a condamné in solidum, le radiothérapeute et son assureur à réparer le dommage. Par un arrêt infirmatif en date du 14 décembre 2005, la Cour d'Appel d'Aix en Provence a déclaré l'association Croix rouge française seule responsable des dommages subi du fait du radiothérapeute son préposé et a condamné l'association et son assureur à prendre en charge le préjudice.

La Croix rouge française et l'assureur ont formé un pourvoi en cassation. Ils reprochent à la Cour d'Appel d'avoir retenu le statut de salarié alors que, selon les demandeurs au pourvoi, le radiothérapeute exerçait à titre libéral.

La Cour de cassation rejette le pourvoi motif pris que le médecin salarié, qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé, n'engage pas sa responsabilité à l'égard du patient. En l'espèce, l'acte de radiothérapie pratiqué au centre de traitement de l'hôpital Saint Louis a été accompli sur le lieu et pendant le temps de son travail avec les outils et en exécution de la mission confiée. Il en résulte que le praticien participait à ses fonctions salariées au sein de ladite association.

→ Devant le juge administratif

La responsabilité devant le juge administratif a fait aussi l'objet d'une évolution. En droit public, la responsabilité pour faute demeure de principe, quelle que soit l'extension qu'ait pu prendre la responsabilité sans faute. En matière de responsabilité médicale, le juge administratif a abandonné l'exigence de la faute lourde au profit de la faute simple.

La faute lourde, la faute simple

Dans un premier temps, c'est l'irresponsabilité qui caractérisait l'activité administrative. Par la suite, le juge a admis que la responsabilité de l'Administration était susceptible d'être engagée si une faute était commise. Toutefois, toutes les activités de l'administration ne présentent pas les mêmes difficultés. C'est pourquoi, le juge a établi une gradation dans les fautes.

Lorsque l'activité était délicate (dont l'activité médicale), le juge a estimé que seule une faute d'une certaine gravité était de nature à engager la responsabilité administrative. Le domaine médical a connu une évolution avec l'abandon de l'exigence de la faute lourde. Seule une faute « simple » permet d'engager la responsabilité.

A partir de 1935 (**CE 8 novembre 1935, Loiseau ; CE 26 juin 1959, Rouzet, requête n°31396**), le Conseil d'Etat a réduit le champ d'application de la faute lourde en ne l'exigeant plus que pour l'activité médicale du service hospitalier. Si l'acte était un acte médical ou chirurgical, ou effectué sous le contrôle d'un médecin ou d'un chirurgien, la responsabilité de l'établissement ne pouvait être engagée que pour une faute lourde. En revanche, si le dommage provenait d'une faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service, la responsabilité pouvait être actionnée sur le fondement de la faute simple. Sont constitutives d'une faute lourde :

- Une opération conduite avec maladresse (**CE 25 juin 1954, requête n°3788, Dame Forcina**)
- Le fait de soumettre une personne à un traitement d'électrochoc sans que le praticien se soit assuré que l'ossature de la patiente était assez robuste pour supporter les contractions musculaires provoquées par ce traitement (**CE 4 novembre 1955, requête n°94518, Delle Magnan**)
- Le fait pour un interne de service de refuser, d'abord, l'admission d'une personne atteinte d'une fracture du crâne sous prétexte que l'intéressé était ivre, ensuite l'ayant admise, de laisser cette personne sans aucun soin pendant 14 jours, ce qui avait entraîné son décès (**CE 11 octobre 1963, n°59161, Compagnie d'assurances La France**)
- LE fait de n'avoir pas détecté la présence d'un corps étranger dans la lèvre du patient, bien que la radiographie ait révélé l'existence d'un corps opaque au niveau du maxillaire (**CE 22 novembre 1967, n°68660, Ciabrini**)
- Les fautes successives commises dans la thérapeutique et l'application du traitement à l'égard d'un enfant de 2 ans admis dans un service hospitalier pour une fracture du fémur droit entraînant l'amputation de l'avant-pied (**CE 1^{er} mars 1974, requête n°83187**)
- Le renvoi par un interne de l'hôpital d'une jeune femme ayant absorbé une quantité importante d'un produit toxique avec conseil de boire de l'eau minérale, l'intéressée décédant peu après (**CE 15 mars 1974, requête n°89320, Centre psychiatrique Saint-Anne**)
- Le fait, pour un médecin radiologue, de modifier la nature de l'examen demandé par le médecin qualifié et, sans en référer à ce dernier d'effectuer une aortographie plus périlleuse que l'artériographie

prescrite, ce qui provoqua une paraplégie et des troubles sphinctériens (**CE 30 octobre 1974, requête n°89035, Epoux Tazé**)

- Le fait de ne pas accompagner un traitement, même s'il est conforme aux données de la thérapeutique à l'époque où il est prescrit, de la stricte surveillance chimique, biologique et radiologique qui s'imposait (**CE 17 novembre 1972, n°81784, Dame veuve Boisgard**).

De même, il appartenait au requérant selon le principe *actori incumbit probatio* d'apporter la preuve de la faute causant le dommage.

Face à des situations dramatiques, le juge a essayé d'alléger la charge de la preuve en instituant, parfois, des présomptions de faute lourde.

Pour les dommages provoqués par une vaccination obligatoire notamment les encéphalites consécutives à une vaccination antivariolique (**CE 7 mars 1958, requête n°38230, Secrétaire d'Etat à la Santé publique c/ Déjous ; CE 13 juillet 1962, requête n°54052, Ministre de la Santé publique et de la Population c/ Sieur Lastrajoli**).

Plus largement, chaque fois qu'un traitement ou des soins provoquent un effet très différent de celui qui était attendu : *paralysie du membre supérieur gauche à la suite d'une intraveineuse pratiquée sur le requérant* (**CE 23 février 1962, requête n°35778, Sieur Meier**).

Toutefois, ce système trouve rapidement ses limites. Les actes médicaux se sont multipliés mais aussi devenus beaucoup plus sophistiqués. La conséquence inévitable a été l'augmentation du nombre de cas de fautes lourdes reconnues par le juge. La situation finissait par ne plus être satisfaisante, ni pour les victimes, ni pour le personnel médical.

1992 : abandon de la faute lourde

La décision d'Assemblée du Conseil d'Etat du 10 avril 1992 est analysée comme ayant abandonné la faute lourde en matière d'activités médicales et chirurgicales.

CE 10 avril 1992, requête n°79027

Une patiente a subi, le 9 mai 1979, quelques jours avant le terme de sa grossesse, à l'hôpital clinique du Belvédère à Mont Saint Aignan une césarienne pratiquée sous anesthésie péridurale. Au cours de l'opération, plusieurs chutes brusques de la tension artérielle se sont produites, suivies d'un arrêt cardiaque. La patiente a pu être réanimée sur place, puis soignée au CHR de Rouen, où elle a été hospitalisée jusqu'au 4 juillet 1979. Elle demeure atteinte d'importants troubles neurologiques et physiques provoqués par l'anoxie cérébrale consécutive à l'arrêt cardiaque survenu au cours de l'intervention du 9 mai 1979.

Il résulte de l'instruction et de l'expertise que la césarienne pratiquée présentait, en raison de l'existence d'un placenta praevia décelé par une échographie, un risque connu d'hémorragie pouvant entraîner une hypotension et une chute du débit cardiaque. Par ailleurs, il était connu, à la date de l'intervention, que l'anesthésie péridurale présentait un risque particulier d'hypotension artérielle.

Par un jugement en date du 4 avril 1986, le tribunal administratif de Rouen a rejeté la demande du patient tendant à la condamnation de l'hôpital clinique du Belvédère à Mont Saint Aignan.

Le Conseil d'Etat annule le jugement. Il considère que le médecin anesthésiste de l'hôpital a administré à la patiente, avant le début de l'intervention, une dose excessive d'un médicament à effet hypotenseur. Une demi-heure plus tard, une chute brusque de la tension artérielle, accompagnée de troubles cardiaques et de nausées a été constatée. Le praticien a ensuite procédé à l'anesthésie péridurale prévue et a administré un produit anesthésique contre indiqué compte tenu de son effet hypotenseur. Une 2^e chute de la tension artérielle s'est produite à 11h10. Après la césarienne et la naissance de l'enfant, un saignement s'est produit et a été suivi à 11h25, d'une 3^e chute de tension qui a persisté malgré les soins prodigués à la patiente. A 12h30, du plasma décongelé mais insuffisamment réchauffé a été perfusé provoquant immédiatement une vive douleur suivie de

l'arrêt cardiaque.

Le Conseil d'Etat considère que les erreurs ainsi commises, qui ont été selon les rapports d'expertise la cause de l'accident survenu à la patiente constituent une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital.

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002

L'article L.1142-1 I du Code de la Santé Publique dispose :

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.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

CAA Paris, 8^e chambre, 22 avril 2013, requête n°10PA04380

Une patiente résidant au Maroc, âgée de 43 ans et atteinte d'un cancer du sein droit, a été prise en charge à la Clinique Gaston Métyvet de Saint Maur (Val de Marne), où, alors que sa maladie avait déjà atteint un stade avancé qui se traduisait par une dissémination métastatique massive, elle a subi, le 18 mai 2001, une simple tumorectomie associée à un curage axillaire, la mammectomie totale étant écartée en raison notamment du jeune âge de la patiente. Celle-ci a ensuite été orientée vers le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) en vue d'une chimiothérapie « agressive » associée à une radiothérapie. Lors de la 1^{ère} séance de chimiothérapie qui s'est déroulée le 15 juin 2001, une extravasation accidentelle et importante a entraîné la diffusion dans les tissus corporels de la patiente des produits très toxiques qui lui étaient administrés. Cet accident, qui a immédiatement entraîné de graves lésions corporelles, n'a pas permis la poursuite d'une chimiothérapie aussi efficace que celle prévue initialement. Son état de santé continuant de se dégrader, la patiente a dû subir, en novembre 2003, une première mammectomie et, en avril 2004, une seconde.

Se fondant sur les conclusions de l'expert désigné par le TA de Melun, la patiente a introduit, le 5 mai 2006, devant ce tribunal une demande indemnitaire dirigée contre le CHIC, laquelle a été reprise par sa mère, son époux ainsi que ses 4 enfants après son décès intervenu le 2 août 2006.

Par un jugement en date du 18 juin 2010 dont le CHIC relève régulièrement appel, le TA de Melun a écarté la faute résultant de l'absence de mammectomie en juin 2001 mais a jugé que les conditions dans lesquelles la chimiothérapie avait été pratiquée à cette date étaient fautives et avaient fait perdre à la patiente une chance de 50% d'échapper à l'aggravation de son état. Le CHIC a par suite été condamné à verser à la famille de la patiente la somme de 73.413,46 euros.

La CAA de Paris a ordonné une expertise complémentaire en vue de déterminer l'ampleur exacte de la chance perdue. Au vu de ce 2^e rapport d'expertise, la famille de la patiente, outre les fautes résultant d'un défaut d'information de cette dernière et d'une exécution défectueuse de la chimiothérapie entamée le 15 juin 2001, ont invoqué la faute consistant, pour le CHIC, à ne pas avoir pratiqué une mammectomie dite « de rattrapage ». Le CH de Créteil a, pour sa part, fait réaliser une analyse critique du rapport de l'expert désigné par la Cour, qu'il a versé au dossier.

Concernant la faute résultant du choix thérapeutique de ne pas procéder à une mammectomie « de rattrapage » le 15 juin 2001, la CAA relève que le cancer dont était atteinte la patiente lors de son arrivée en France était, selon l'expert diligenté par le TA de Melun à un stade déjà avancé au vu de la dissémination métastatique ganglionnaire massive sans effraction capsulaire détruisant la totalité du seul ganglion atteint. En effet, il s'agissait d'une tumeur de plusieurs centimètres cubes, métastatique, avec un ganglion du curage déjà envahi, c'est-à-dire une maladie grave et déjà étendue au ganglion de drainage de proximité. Cette tumeur était initialement de relatif mauvais diagnostic tant par le grade de dédifférenciation cellulaire, le polymorphisme histologique et son caractère plurifocal que par l'extension locale et régionale, dans un sein globalement

dystrophique scléro-kystique. D'autre part, la CAA relève que malgré la tumorectomie du 18 mai 2001, les comptes rendus anatomopathologiques des 21 mai et 1^{er} juin 2001 mettent en évidence la persistance d'un carcinome in situ d'un centimètre de diamètre et s'approchant à un centimètre de la berge inférieure dans un contexte d'extension ganglionnaire massive et de polymorphisme histologique associant plusieurs types de cancers mammaires. Ainsi, il ressort des 3 rapports que ce tableau clinique nécessitait immédiatement une mammectomie « de rattrapage » avant la bithérapie envisagée. Dans ces conditions, la décision prise de ne pas pratiquer une telle intervention, qui aurait permis d'évacuer le carcinome in situ est constitutive eu égard aux données acquises de la science en 2001, **d'une faute de nature à engager la responsabilité du CHIC.**

De même concernant les fautes commises lors de la chimiothérapie entreprise le 15 juin 2001, la CAA relève que lors de la première séance de chimiothérapie qui s'est déroulée le 15 juin 2001 que l'aiguille introduite dans la pastille d'occlusion de la chambre implantée est sortie de celle-ci, entraînant une extravasation des produits chimiothérapeutiques extrêmement toxiques dans les tissus corporels de la patiente. Malgré la réalisation d'une radiographie faisant clairement apparaître ce déplacement accidentel, les troubles dont s'est immédiatement plainte la patiente et l'arrêt à 2 reprises du traitement par l'infirmière, les oncologues du CHIC ont, à 2 reprises, ordonné à celle-ci la poursuite de la perfusion chimiothérapeutique. Le diagnostic d'extravasation n'ayant été posé que le lendemain, lors d'un retour de la patiente au service des urgences du centre hospitalier, motivé par l'accroissement des difficultés respiratoires et motrices ressenties la veille et par le gonflement important de son sein gauche, ce retard, alors que les éléments permettaient facilement aux médecins d'identifier le déplacement de l'aiguille et, devait les conduire, eu égard à l'extrême toxicité des produits injectés, à y remédier rapidement, **présente un caractère fautif de nature à engager la responsabilité du CHIC à l'égard des ayants droit de la patiente.**

Préalable obligatoire (article R.421-1 à R.421-7 du Code de Justice Administrative)

Le justiciable confronté à une absence de décision formelle de l'administration doit la susciter. Il doit écrire au service compétent pour présenter la demande (indemnités, cessation d'un trouble, accès à un droit).

Le service accuse réception du courrier et fait alors savoir au demandeur ses délais de réponse, les délais au-delà desquels il pourra considérer que sa demande est implicitement refusée ou acceptée et les voies et délais de recours.

L'administration devra rendre sa décision dans les délais impartis, soit par décision expresse, soit par décision implicite (absence de réponse pendant 2 mois). La loi n°2013-1005 du 12 novembre 2013 habilitant le gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens a toutefois prévu que le silence gardé par l'administration pendant 2 mois équivaut à une acceptation, **sauf en cas de demande indemnitaire.**

CAA Nancy, 9 janvier 2014, requête n°12NC01075

Un patient, victime le 8 juin 2006 d'un accident de la circulation, a été pris en charge par le Centre Hospitalier de Charleville-Mézières pour le traitement d'une fracture de la jambe gauche. A la suite de l'intervention pratiquée, l'intéressé a souffert de graves infections. Par le jugement attaqué en date du 15 mai 2012, le TA de Chalons en Champagne a jugé le centre hospitalier responsable des préjudices subis par le patient et l'a condamné à indemniser l'intéressé et la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Le patient demande à la Cour de réformer ce jugement et de porter à 407 524 euros l'indemnité qui lui a été accordée.

Sur la demande préalable, la CAA relève qu'aux termes de l'article R.421-1 du CJA : « *Sauf en matière de travaux publics, la juridiction ne peut être saisie que par voie de recours formé contre une décision, et ce, dans les deux mois à partir de la notification ou de la publication de la décision attaquée* ». Selon la CAA, aucune fin de non-recevoir tirée du défaut de décision préalable ne peut être opposée à un requérant ayant introduit devant le juge administratif un contentieux indemnitaire à une date où il n'avait présenté aucune demande en ce sens devant l'administration lorsqu'il a formé, postérieurement à l'introduction de son recours juridictionnel, une demande auprès de l'administration

sur laquelle le silence gardé par celle-ci a fait naître une décision implicite de rejet avant que le juge de première instance ne statue.

En l'espèce, postérieurement à l'introduction de sa requête de première instance, enregistrée le 14 février 2011, le patient a présenté une réclamation préalable le 7 mars 2011 auprès du directeur du Centre Hospitalier mis en cause, à laquelle il n'a pas été répondu. Dès lors, aucune fin de non-recevoir, tirée du défaut de décision préalable, peut être opposée aux conclusions de la demande de première instance.

→ La responsabilité pénale

La responsabilité pénale touche une personne obligée de répondre de la commission d'une infraction consistant dans la violation de textes pénaux, à l'encontre de laquelle la justice prononcera une sanction pénale.

Comme tout citoyen, les professionnels de santé, principalement les médecins, peuvent bien évidemment voir leur responsabilité pénale engagée. A cet égard, il convient d'observer que les assurances contractées par les médecins ne les mettent pas à l'abri des sanctions pénales ; elles peuvent tout au plus, dans certains contrats, couvrir les frais de procédure.

On constate que les poursuites pénales à l'encontre des professionnels de santé, inconnues au 19^e siècle, rarissimes jusqu'au début des années 60, sont devenues aujourd'hui assez fréquentes, même si le nombre de condamnation reste faible.

Au titre de la responsabilité pénale, plusieurs infractions peuvent être retenues à l'encontre des professionnels de santé.

L'homicide volontaire

L'article 221-1 du Code pénal définit le meurtre comme le fait de donner volontairement la mort et puni le meurtre de 30 ans de réclusion criminelle.

Il s'agit d'agir volontairement contre une personne vivante dans le but de la faire mourir.

L'élément intentionnel est le véritable critère du meurtre car il permet seul de le distinguer des autres infractions qui prennent en considération la mort de la victime. L'intention homicide suppose la réunion de la conscience d'enfreindre les prohibitions légales et l'intention précise requise par les lois particulières à titre d'élément constitutif de certaines infractions comme l'intention de tuer.

Toutefois, l'intention homicide peut disparaître en présence de causes d'exonération telles que l'ordre de la loi ou du commandement de l'autorité légitime. L'acte médical, dès lors qu'il poursuit un but thérapeutique, peut être justifié par l'autorisation implicite de la loi.

Le consentement du patient est indifférent. Il ne s'agit donc pas d'un fait justificatif. Le médecin qui abrège les souffrances d'un patient commet, même à la demande de celui-ci, un homicide volontaire (**Cass. Crim. 23 juin 1838, D. 1838, 1, p. 464**).

Le fait de préméditer un homicide volontaire est une cause aggravante.

L'empoisonnement

L'empoisonnement est défini par l'article 221-5 du Code pénal comme le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort. Il est puni de 30 ans de réclusion criminelle. L'empoisonnement est une infraction formelle c'est-à-dire qu'elle est consommée indépendamment

du résultat. L'empoisonnement est consommé, non par la mort de la victime, mais par le seul emploi d'une substance mortelle. La substance administrée doit avoir un caractère mortifère.

Tribunal Correctionnel Boulogne sur Mer, 27 février 2006, jugement n°03012089

Un patient, victime d'un accident de la route, devient tétraplégique mais garde toute sa lucidité. Sa mère, ne supportant pas la situation, administre à ce patient du pentobarbital de sodium. Le patient entre dans un coma. Le chef de service de réanimation administre à son tour, du chlorure de potassium entraînant le décès de son patient. Le médecin est mis en examen pour empoisonnement avec préméditation. La juge d'instruction déclare un non-lieu.

L'administration de substances nuisibles

L'article 222-15 du Code Pénal prévoit l'infraction d'administration de substances nuisibles.

L'homicide involontaire

L'article 221-6 du Code Pénal définit l'homicide involontaire comme le fait de causer, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui. Cette infraction est punie de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Toutefois, si la mort intervient par violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Cass. Crim. 4 juin 2013, pourvoi n°12-84.543

En 2006, une patiente a été hospitalisée à la Clinique Saint Joseph à Angoulême afin d'y subir une colectomie en vue de laquelle le médecin anesthésiste lui a implanté un cathéter central. Après l'intervention chirurgicale, une radiographie de contrôle a été effectuée par le médecin radiologue. La patiente est décédée quelques jours plus tard d'un arrêt cardiaque découlant d'un épanchement pleural compressif dû à un mauvais positionnement du cathéter veineux central. Les 2 médecins ont été poursuivis pour homicide involontaire et déclarés coupables des faits poursuivis par jugement dont ils ont interjeté appel.

Par un arrêt en date du 31 mai 2012, la Cour d'Appel de Bordeaux a déclaré la radiologue coupable d'homicide involontaire et l'a condamné à 2 mois d'emprisonnement avec sursis.

La Cour de Cassation confirme l'arrêt motif pris que la radiologue a commis une faute caractérisée ayant exposé la patiente à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer en ne s'assurant pas que le médecin anesthésiste, prescripteur de la radiographie et qui avait placé le cathéter, avait été informé de son mauvais positionnement et de la présence d'un épanchement pleural dont l'importance témoignait d'une complication post opératoire. Quelles que soient l'organisation administrative de l'établissement et l'indépendance des structures, les praticiens y exerçant se devaient assistance et devaient se tenir mutuellement informés.

Cass. Crim. 18 octobre 2011, pourvoi n°11-80.608

Un patient est décédé à l'âge de 68 ans, le 1^{er} août 1998, à l'hôpital de Béziers, d'un arrêt circulatoire en rapport avec un trouble du rythme ventriculaire ou d'une rupture myocardique consécutive à un infarctus. Le 23 juillet, souffrant de douleurs thoraciques et à la gorge, il s'était présenté au service des urgences de cet établissement où il avait été examiné par le médecin de service, qui après un examen endo-buccal, l'avait adressé à un médecin ORL pour une inflammation de la gorge. Le lendemain, devant des douleurs persistantes, il s'était rendu chez son médecin traitant puis chez un cardiologue qui avait pratiqué un électrocardiogramme révélant un infarctus du myocarde et avait demandé son hospitalisation immédiate. A

l'issue de l'information ouverte sur la plainte de son fils, le médecin qui l'avait admis a été renvoyé devant le tribunal correctionnel du chef d'homicide involontaire. Le tribunal l'a déclaré coupable. Le prévenu a relevé appel de cette décision.

Pour confirmer le jugement, la Cour d'Appel de Montpellier dans son arrêt en date du 25 novembre 2010, relève que le fait de ne pas avoir procédé à un interrogatoire sur les antécédents médicaux du patient et à un examen médical complet, s'agissant d'une zone inconnue des services, présentant des douleurs diffuses dans la zone du cou et du thorax et ayant des difficultés pour s'exprimer et se faire comprendre, constituent de la part du prévenu, médecin expérimenté et disposant des compétences et moyens pour exercer ses fonctions des négligences graves et fautives qui l'ont empêché d'établir un diagnostic éclairé.

La Cour de Cassation confirme l'arrêt d'appel.

Les violences volontaires

Les violences volontaires sont réprimées plus ou moins sévèrement selon le résultat obtenu. Si le patient est décédé, le médecin risque 15 ans de réclusion criminelle. En revanche, si le patient subi une ITT de plus de 8 jours, le médecin risque 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.

En l'espèce, les condamnations restent rares, le praticien ne souhaitant pas les coups et blessures. Lorsqu'un praticien effectue un acte, celui-ci est justifié par un but thérapeutique.

Les violences involontaires

Les violences involontaires sont définies comme les violences exercées par maladresse, imprudence ou négligence.

Cass. Crim. 19 janvier 2005, pourvoi n°03-87.210

Un médecin qui s'était abstenu de tout compte rendu opératoire, avait le 4 août 1993 ligaturé les trompes de sa patiente sans l'en informer et lui avait posé un stérilet au début de l'année 1994. Il s'en déduisait que le médecin avait dissimulé à sa patiente la ligature des trompes. Celle-ci n'avait pu connaître qu'en 1998 avant de déposer plainte au cours de la même année.

Par un arrêt en date du 23 octobre 2003, la chambre de l'instruction de la Cour d'Appel de Montpellier a confirmé l'ordonnance de non-lieu rendue par le juge d'instruction.

La patiente a formé un pourvoi en cassation.

La Cour de cassation estime que si la stérilité de la patiente était « réversible » comme pouvant être contournée par une intervention chirurgicale de plastie tubaire, elle était atteinte d'une mutilation ou d'une infirmité permanente puisque ses trompes étaient définitivement ligaturées. En déclarant le contraire et en déduisant le contraire, la Cour d'Appel a violé l'article 222-10 du Code pénal.

Cass. Crim. 19 octobre 2004, pourvoi n°04-80.317

Par un arrêt en date du 15 décembre 2003, la Cour d'Appel d'Aix en Provence a condamné un médecin à un an d'emprisonnement avec sursis et 7 500 euros d'amende et a prononcé à son encontre une interdiction définitive d'exercer. Ce médecin a été déclaré coupable d'avoir involontairement causé à une patiente une atteinte à l'intégrité de sa personne en n'assurant pas de manière prudente la gestion des complications postopératoires notamment en n'enlevant pas en temps opportun les prothèses précédemment installées et en les remplaçant, lors de leur enlèvement par des prothèses d'expansion.

La patiente a été opérée en mai 1996 d'une mastopathie proliférante à type de papillome intra-canalair du sein droit. A la suite d'une récurrence, elle a fait l'objet d'une nouvelle intervention le 20 janvier 1998 faite par le même médecin assisté d'un autre, consistant en une mastectomie sous cutanée bilatérale avec mise en place de prothèses. Faute de cicatrisation, cette intervention a dû être suivie de plusieurs autres. Dans leur rapport les experts ont mis en évidence qu'aucun examen bactériologique n'a été effectué au cours du suivi postopératoire, avant l'intervention d'un autre médecin qui a révélé la présence d'un staphylocoque alors que, selon les déclarations du prévenu, celui-ci avait constaté dès le 2 mars que le sein droit de sa patiente était

chaud et tendu et avait alors mis en place une antibiothérapie, puis que l'état de ce sein avait nécessité une ponction le 10 mars. Le prévenu n'a donc pas accompli les diligences normales qui lui incombent compte tenu de la nature de sa mission et de ses fonctions, de ses compétences et des moyens dont il disposait. Ses interventions maladroites et entachées de graves erreurs de choix thérapeutique constituent une succession de fautes de négligence et d'imprudence qui sont la cause directe et certaine de la perte aréolaire et sous aréolaire du sein gauche.

Toutefois, la Cour de Cassation relève que le prévenu avait diagnostiqué le staphylocoque, qu'il n'y avait aucun lien d'établi entre l'infection du sein droit et le staphylocoque du sein gauche. Par ailleurs, le médecin a la liberté du choix de la technique ou de la méthode qui lui paraît la plus appropriée, lorsque plusieurs modalités d'intervention sont possibles. Ainsi, il était établi que le choix thérapeutique du prévenu s'inscrivait dans les recommandations applicables. Il en résulte que ce médecin n'a pas commis de faute et ne peut être déclaré coupable de violences involontaires.

Les agressions sexuelles

L'article 222-22 du Code pénal définit l'agression sexuelle comme l'atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Cass. Crim. 23 octobre 2003, pourvoi n°12-84.431

Un patient a porté plainte contre son médecin psychiatre pour des faits de pénétration sexuelle et des agressions sexuelles commis sur lui. Il a évoqué ces faits à plusieurs personnes de son entourage ainsi qu'à un autre médecin psychiatre. A cette époque, il apparaît que le patient n'était pas délirant comme le relève son nouveau médecin psychiatre. Les experts disent que le patient n'est pas délirant, qu'il n'a pas de tendance à la fabulation et à la mythomanie. Par ailleurs, le patient se serait rendu coupable d'un vol à son cabinet, au cours duquel il aurait dérobé une ou plusieurs cassettes dans lesquelles figuraient les enregistrements des pratiques sexuelles du médecin.

Par un arrêt en date du 18 mai 2012, la Cour d'Assises d'Ille et Vilaine a condamné ce médecin pour viols et agressions sexuelles aggravés à 13 ans de réclusion criminelle et à une interdiction professionnelle définitive.

La Cour de Cassation confirme cet arrêt, estimant que la Cour d'Assises a caractérisé les infractions commises.

La mise en danger de la vie d'autrui

L'article 223-1 du code pénal définit la mise en danger de la vie d'autrui comme le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement. Cette mise en danger de la vie d'autrui est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Cass. Crim. 29 juin 2010, pourvoi n°09-81.661

Un médecin gynécologue a assuré pendant plusieurs années le suivi de patientes présentant des troubles de la fécondité et leur a appliqué des traitements aux fins de stimulation ovarienne. A la suite de la plainte de l'une d'elles pour mise en danger d'autrui et escroquerie une information a été ouverte à l'issue de laquelle il a été renvoyé devant le tribunal correctionnel, notamment pour avoir mis en danger la vie de 6 personnes.

L'expertise ayant conclu à la mise en danger délibérée de la vie d'autrui puisque les traitements prescrits n'étaient pas conformes aux données acquises de la science et parfois même inutile, la Cour d'Appel de Lyon a déclaré ce médecin coupable dans un arrêt en date du 11 février 2009.

La Cour de cassation confirme l'arrêt d'appel. Selon les experts, la prise en charge et le suivi du dossier médical des patientes n'avaient pas été réalisés conformément aux règles de l'art et les soins pratiqués avaient constitué pour elles un danger certain. Les juges relèvent que les infractions sont constituées dès lors qu'en méconnaissance de l'article L.2141-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 12 janvier 1999, la

réalisation des assistances médicales à la procréation a été faite sans évaluation préalable d'une équipe pluridisciplinaire, sans un bilan clinique complet des deux partenaires et sans un bilan sanitaire et diagnostique. De plus, les traitements de stimulations ovariennes réalisées à de fortes posologies pouvaient entraîner un risque mortel d'hémorragie, un risque d'épanchement liquidien intra-abdominal, de phlébite ou d'embolie pulmonaire.

→ La responsabilité disciplinaire

Les personnes autorisées à saisir directement une Chambre disciplinaire de première instance sont limitativement énumérées par l'article R.4126-1 du code de la santé publique. Ni les patients, ni les médecins ne sont autorisés à saisir directement une chambre disciplinaire de première instance.

Le patient mécontent pourra saisir le Conseil Départemental de l'Ordre qui tentera de concilier les parties dans un premier temps.

Toutefois, il convient d'ajouter que si la plainte est abusive, le praticien pourra demander des dommages-intérêts devant la juridiction ordinaire. Par un arrêt en date du 6 juin 2008, le Conseil d'Etat a posé comme principe que le juge ordinaire est seul compétent pour examiner des conclusions reconventionnelles d'un praticien demandant à un conseil de l'Ordre des dommages et intérêts pour citation abusive.

S'il n'y a pas de conciliation possible, la plainte sera transmise devant la chambre disciplinaire dans un délai de 3 mois.

Le règlement amiable : *Une voie à privilégier pour le patient .. et le praticien*

Le dispositif de règlement amiable s'articule autour de 3 institutions spécifiques :

- Les Commissions Régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux
- L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
- La Commission nationale des accidents médicaux.

Les commissions régionales ont une mission de règlement amiable des litiges et une mission de conciliation. Pour saisir la CRCI à fin de règlement amiable, des conditions sont requises :

- Si l'acte médical à l'origine de l'accident a été réalisé à compter du 5 septembre 2001 ;
- Si cet acte a entraîné un dommage grave c'est-à-dire supérieur à un seuil fixé par décret à savoir :
 - Un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24%
 - Ou un arrêt temporaire des activités professionnelles pendant une durée au moins égale à 6 mois consécutifs à ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois
 - Ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50% pendant une durée au moins égale à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ;
 - Ou à titre exceptionnel
 - Lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale

- Lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence.

La commission examine le dossier dans un délai de 6 mois à compter de la réception d'un dossier complet pour rendre son avis, au vu du rapport d'expertise, sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable.

Si un droit à indemnisation est reconnu, l'ONIAM ou l'assureur du professionnel de santé en cause a 4 mois à compter de la réception de l'avis pour faire une offre d'indemnisation et 1 mois pour payer si l'offre est acceptée.

La CRCI peut être saisie d'une demande de conciliation :

- En cas d'insatisfaction des soins dispensés,
- En cas de désaccord avec un professionnel de santé ou un établissement de santé,
- En cas de dommage dont la gravité est inférieure au seuil fixé ci-dessus.

De même, le litige doit avoir pour origine un fait survenu à compter du 5 septembre 2001.

Conférence 3 : gestion des conséquences d'une plainte

La tenue du dossier médical : quels sont les risques encourus ?

La tenue du dossier est très importante pour le professionnel de santé. Non seulement ce dossier permet de faire face aux « accusations » que le patient peut porter, mais aussi, ce dossier peut être source de contentieux lorsqu'il s'avère que ce dernier est mal tenu.

Il résulte de l'article R.4127-45 du Code de la Santé Publique

I. — Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

II. — A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Le fait de ne pas tenir de dossier médical ou de « mal » les tenir constitue une faute déontologique.

La preuve : quelles sont les règles en matière de consultation du dossier médical ?

L'article L1111-7 du Code de la Santé Publique encadre l'accès du dossier médical.

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuille de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des «soins» psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une «admission en soins psychiatriques décidée en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième

partie du présent code ou ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale», peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des «soins» psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Les notes manuscrites du médecin traitant, qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic ou du traitement de l'intéressée et qui ont été conservées par l'hôpital, font partie du dossier médical.

CAA Paris, 30 septembre 2004, requête n°03PA01769

Par jugement en date du 24 septembre 1999, le TA de Versailles a annulé la décision par laquelle le Centre Hospitalier d'Orsay a refusé de communiquer à la patiente son dossier médical. En exécution de ce jugement, le Centre hospitalier a adressé le dossier médical au médecin traitant qu'elle avait désigné et qui le lui a remis en main propre. La patiente, considérant que certains éléments de son dossier n'avaient pas été communiqués, a saisi le TA de Versailles à fin de faire exécuter complètement le jugement du 24 septembre 1999.

Elle a fait appel du jugement en date du 3 mars 2003 par lequel le tribunal a rejeté cette demande.

La CAA relève que le dossier médical transmis par le CH d'Orsay au médecin désigné par la patiente n'était constitué que d'un résumé, non signé et non daté, des éléments sémiologiques caractéristiques relevés par le praticien consulté régulièrement par l'intéressée entre 1989 et 1995. Il n'est pas contesté par l'hôpital que ce résumé a été établi a posteriori à partir des notes du médecin. Ainsi dès lors que lesdites notes n'ont pas été elles-mêmes transmises, la patiente est fondée à soutenir que le dossier médical communiqué était incomplet.

La CAA annule le jugement du TA de Versailles.

La disparition ou la non-communication partielle d'un dossier médical constituent un manquement de l'établissement hospitalier à ses obligations, révélant une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, de nature à engager sa responsabilité pour préjudice moral.

CAA Paris, 7 février 2011, requête n°10PA02035

A la suite du décès du patient, son épouse a sollicité plusieurs fois, à compter du 17 juin 2005, la communication de l'intégralité de son dossier médical. En réponse, le groupe hospitalier l'a informé que les recherches entreprises dans les archives n'ayant pas permis de retrouver ce dossier, il ne pouvait dès lors faire droit à sa demande concernant le dossier établi pour l'hospitalisation du patient et n'a finalement communiqué qu'une partie du dossier, ainsi qu'au médecin expert missionné par son assureur.

L'épouse a relevé appel du jugement en date du 12 mars 2010 par lequel le TA de Paris a rejeté sa demande tendant à la condamnation de l'APHP à lui verser une indemnité de 15 000 euros en réparation du préjudice moral résultant de la perte d'une partie du dossier médical du patient décédé le 7 octobre 2003 à la suite d'une opération de transplantation cardiaque en date du 2 octobre 2003, cette perte ne lui permettant pas de connaître les causes et les circonstances ayant entouré le décès de son époux.

La CAA relève que la requérante a subi un préjudice moral certain du fait de la non-communication, à laquelle elle avait droit, du dossier médical de celui-ci contenant notamment des informations sur les

conditions de son décès, sur les traitements et les soins qui lui ont été administrés à l'occasion de son hospitalisation. La CAA fixe le préjudice moral à 3000 euros.

Le respect du secret médical : comment s'exprimer à la suite d'une plainte ?

Le respect du secret médical est strictement encadré par l'article L.1110-4 du Code de la Santé publique et par l'article 226-13 du Code Pénal.

Article 226-13 du Code Pénal

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article L.1110-4 du Code de la Santé Publique

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve:

1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes;

2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'État pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les

proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

La circonstance que des personnes du cercle de la famille, ainsi que les services de secours, ont été témoins de ce dont le praticien avait eu connaissance ne saurait justifier qu'il soit libéré du secret professionnel qui pèse sur lui.

CE 15 décembre 2010, requête n°330314

Un médecin de garde a été requis par le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) pour une intervention au domicile d'une personne dont il était par ailleurs le médecin traitant. A la suite d'un différend survenu entre le patient et le SDIS, ce dernier a sollicité du médecin une attestation sur les circonstances de l'intervention. Le praticien a établi le 26 janvier 2006 ce certificat qui a motivé une plainte pour violation du secret médical du patient.

Par une décision en date du 3 juin 2009, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a, d'une part, rejeté la requête du patient tendant à l'annulation de la décision du 24 octobre 2008 de la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance du Limousin rejetant sa plainte à l'encontre du praticien et, d'autre part, a mis à sa charge les frais d'instance. Le patient se pourvoit en cassation.

Le CE relève que même si ce certificat ne porte par lui-même aucune indication relevant du diagnostic médical, le médecin a divulgué, par un certificat non anonymisé remis à des tiers des éléments relatifs à l'état de santé du patient. La circonstance que des personnes, du cercle de la famille et du service de secours, ont été témoins de ce dont le praticien avait eu connaissance, ne saurait davantage justifier qu'il soit libéré du secret professionnel qui pèse sur lui.