

Devoir d'information des patients par les établissements de santé

Lire les conclusions de :

Dominique Marginean-Faure

Conclusions du rapporteur public

DÉCISION DE JUSTICE

CAA Lyon, 6ème chambre – N° 09LY01051 – 23 décembre 2010 – C+ [↗](#)

INDEX

Mots-clés

Responsabilité hospitalière, Devoir d'information, Risque exceptionnel, Droit des malades

Rubriques

Responsabilité

TEXTES



Résumé Conclusions du rapporteur public

Résumé

¹ L'information des patients doit également porter sur les risques exceptionnels connus

L'article L1111-2 du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002, impose l'obligation d'information des malades sur les risques fréquents ou graves et normalement prévisibles. La cour a toutefois considéré que les risques exceptionnels connus doivent être regardés comme normalement prévisibles au sens de ces dispositions et entrent dans l'obligation d'information prévue par ces mêmes dispositions.

² En l'espèce, Mlle F. n'a pas été informée du risque d'ischémie dont elle a été victime dans les suites d'un examen coronarographique. Ce risque, bien qu'exceptionnel, est connu comme représentant un cas sur mille et devait ainsi être regardé comme normalement prévisible. Le centre hospitalier a donc méconnu le devoir d'information qui lui incombait.

Conclusions du rapporteur public

Dominique Marginean-Faure

Rapporteur public à la cour administrative d'appel de Lyon

DOI : [10.35562/alyoda.5814](https://doi.org/10.35562/alyoda.5814)

¹ M.F., né en 1927 qui souffrait de douleurs thoraciques a été hospitalisé une première fois du 10 au 18 octobre 2002 au centre hospitalier de Dijon puis à nouveau à partir du 4 novembre 2002 ; une coronographie est pratiquée le 8 novembre 2002 ; dans les suites immédiates de l'examen une ischémie aiguë survient au niveau du membre inférieur droit dont l'évolution a rendu nécessaire trois amputations successives.

² M.F. a recherché devant le tribunal administratif de Dijon la condamnation du centre hospitalier universitaire à réparer les préjudices subis. M.F. est décédé le 22 mars 2009 mais ses héritiers ont repris l'instance.

³ Le tribunal administratif de Dijon a rejeté leur demande. Il a écarté toute responsabilité du centre hospitalier que ce soit pour faute médicale ou défaut d'information et a mis hors de cause l'ONIAM. Les consorts F relèvent appel de ce jugement.

⁴ Très succinctement, les consorts F.L soutiennent que la nécrose du pied droit de M.F. est due à la migration d'une plaque d'athérome déclenchée suite à une mauvaise manipulation des sondes lors de la coronographie.

⁵ Mais aucune faute médicale n'a été commise; les conclusions de l'expert sont catégoriques sur ce point; il indique : « qu'il s'agit d'un accident rare qui n'est pas à mettre en relation avec une faute technique ».

⁶ Les requérants reviennent ensuite en appel sur le défaut d'information. Le tribunal administratif a retenu un défaut d'information constitutif d'une faute susceptible d'engager la responsabilité du tribunal. Mais il a considéré que la faute commise par le centre hospitalier n'avait pas entraîné de perte de chance pour M.F. de se soustraire au risque qui s'est réalisé

⁷ - sur l'existence d'une faute

⁸ L'absence d'information de M.F. des risques d'ischémie lors de la réalisation de la coronographie ne fait pas doute. Le centre hospitalier ne soutient du reste pas le contraire ; en revanche il fait valoir que s'agissant d'un risque exceptionnel, 1 sur 1000, il n'avait pas à donner lieu à information au titre de l'article L1111-2 qui impose l'obligation d'information sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

⁹ Le juge civil et le juge administratif ont étendu le champ de l'obligation d'information. Dans les arrêts Castagnet du 7 octobre 1998 de la cour de cassation et du 5 janvier 2000 Telle du Conseil d'Etat, les juges ont considéré que le médecin n'est pas dispensé de son obligation d'information sur les risques graves par le seul fait qu'ils ne se réalisent qu'exceptionnellement.

¹⁰ La question qui se pose dans l'affaire qui vous est soumise aujourd'hui est de savoir si cette jurisprudence est remise en cause par l'article L1111-2 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002. Cet article prévoit que l'information doit porter nous l'avons dit « sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ». Cette question n'a pas à notre connaissance encore été tranchée par le Conseil d'Etat.

¹¹ L'obligation d'information est une obligation dont l'étendue est large. Elle ne porte pas uniquement sur les risques de décès ou d'invalidité mais sur tous les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

¹² La référence aux risques graves normalement prévisibles est assez confuse. A priori les risques graves normalement prévisibles s'opposeraient aux risques graves exceptionnels. La loi remettrait ainsi en cause la jurisprudence établie depuis 2000 et exclurait du champ d'application les risques exceptionnels.

¹³ Mais l'étude des travaux préparatoires ne révèle pas la volonté du législateur de revenir sur le développement jurisprudentiel. Un risque exceptionnel peut être néanmoins prévisible. La référence aux risques normalement prévisibles renvoie nous semble-t-il à l'exigence traditionnelle de risques connus dans la mesure où un risque exceptionnel est normalement prévisible.

¹⁴ Le rapport de la commission des affaires culturelles familiales et sociales est à cet égard très éclairant (1) nous citons « Cette dispositions vise à reprendre les obligations progressivement posées par la jurisprudence en matière d'information du malade. Il faut préciser qu'une décision de la cour de cassation relativement récente a étendu l'obligation d'informer le malade aux « risques exceptionnels » alors que jusqu'à cette date, la jurisprudence, tant judiciaire qu'administrative, limitait l'obligation d'information aux risques normalement prévisibles et non à ceux dont la réalisation était peu probable. Le conseil d'Etat a adopté une position identique à l'égard des médecins hospitaliers le 5 janvier 2000. Même si cette jurisprudence était à vrai dire largement guidée par le souci de pouvoir indemniser les victimes par la reconnaissance de la responsabilité du médecin, compte tenu de l'absence d'un mécanisme d'indemnisation de l'aléa, il importe que le texte ne revienne pas en arrière sur ce point ».

15 Ainsi les risques doivent être portés à la connaissance du patient soit lorsqu'ils se réalisent fréquemment (quelle que soit leur gravité) soit lorsqu'il s'agit de risques graves (quelle que soit leur fréquence). Voyez dans ce sens l'arrêt de la CAA de Douai du 30 mars 2010 M et Mme Jean-Pierre S.

16 Ainsi la faute pour défaut d'information nous paraît-elle constituée.

17 Ce manquement à l'obligation d'information est de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier mais seulement dans la mesure où il a pu faire perdre à l'intéressé une chance de refuser l'intervention et d'éviter ainsi ses suites.

18 La question délicate qui se pose est celle de savoir si M.F. correctement informé se serait soustrait à l'intervention.

19 Les requérants soutiennent que l'examen coronarographique n'a servi à rien puisqu'il s'est finalement avéré que M.F. souffrait de la vésicule. Ils en déduisent qu'il y avait une alternative thérapeutique moins risquée, en l'occurrence la réalisation d'un scanner ou d'une échographie abdominale qui s'ils avaient été réalisés plus tôt lui aurait évité une ischémie et les amputations.

20 Mais vous ne pourrez suivre ce raisonnement a posteriori. Compte tenu des antécédents de M.F., les douleurs dont il souffrait faisaient évoquer en priorité une pathologie vasculaire. L'expert est formel : la coronographie est l'examen de référence pour effectuer un bilan d'un pontage coronarien lorsqu'on est en présence d'une symptomatologie douloureuse dans la région du cœur.

21 Et nous pensons que M.F. qui avait déjà subi cet examen sans problème quelques années auparavant n'aurait pas renoncé à cet examen même correctement informé du risque exceptionnel d'ischémie.

22 Si vous nous suivez-vous rejetterez la requête des consorts F. ainsi que les conclusions de la Caisse.

23 Telles sont nos conclusions dans cette affaire.

24 (1) Cf rapport de MM Evin et Bernard Charles, JJ Denis enregistré le 18 septembre 2001, document n° 3263 p 54