

Devoir d'information des médecins et perte de chance du patient

Lire les conclusions de :

François Pourny

Conclusions du rapporteur public

Lire les commentaires de :

Julie Creveaux

Démocratie sanitaire: le patient doit-il en savoir autant que le médecin ?

DÉCISION DE JUSTICE

CAA Lyon, 6ème chambre – N° 12LY00617 – Centre hospitalier universitaire de Grenoble – 14 février 2013 – C+ [↗](#)

INDEX

Mots-clés

Responsabilité hospitalière, Responsabilité pour faute, Activité médicale, Devoir d'information, Obligation d'information, Défaut d'information, Perte de chance, L.1111-2 du code de la santé publique

Rubriques

Santé publique

TEXTES



[Résumé](#) [Note d'avocat](#) [Conclusions du rapporteur public](#)

Résumé

¹ Devoir d'information des médecins et perte de chance du patient

² Il résulte des dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique qu'un manquement des médecins à leur obligation d'information engage la responsabilité de l'hôpital dans la mesure où il a privé son patient d'une chance de se soustraire au risque lié à l'intervention en refusant qu'elle soit pratiquée et c'est seulement dans le cas où l'intervention était impérieusement requise, que le patient ne disposait alors d'aucune possibilité raisonnable de refus, que peut être niée l'existence d'une perte de chance.

³ En l'espèce, les médecins n'avaient pas informé la patiente des risques de tétraplégie que pourrait entraîner l'intervention chirurgicale, ni de l'existence d'autres possibilités thérapeutiques qui, moins efficaces, étaient aussi moins agressives. La Cour considère que cette intervention n'était pas impérieusement requise et que, par suite, le défaut d'information du centre hospitalier a privé la patiente d'une possibilité raisonnable de refuser l'opération.

Note d'avocat

Démocratie sanitaire: le patient doit-il en savoir autant que le médecin ?

Julie Creveaux

Elève-avocate à l'Ecole des Avocats de la Région Rhône-Alpes

DOI : [10.35562/alyoda.6077](https://doi.org/10.35562/alyoda.6077)

¹ *La Cour administrative d'appel de Lyon reconnaît la faute du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (CHU) pour défaut d'information du patient par le personnel soignant. La perte de chance est alors caractérisée : le patient n'a pas été informé de l'intégralité des risques afférents à son intervention et des alternatives thérapeutiques possibles. Cette privation de la possibilité de refus du traitement par le patient ouvre droit à une indemnisation.*

² L'arrêt de la Cour administrative d'appel du 14 février 2013 s'inscrit dans la continuité de la jurisprudence du Conseil d'État concernant la réparation de la perte de chance en matière de responsabilité hospitalière. Indemnisée dans le domaine médical depuis un arrêt du Conseil d'Etat du 24 avril 1964, *Hôpital - Hospice de Voiron*, (Rec. Leb. p. 259), pour un patient dont les chances d'éviter une amputation ont été compromises par les négligences du personnel soignant, la perte de chance a vu son régime précisé par la jurisprudence puis le législateur.

³ En l'espèce, le 18 mars 2003, après avoir subi l'exérèse d'un méningiome au CHU de Grenoble, Mme F. a présenté une tétraplégie complète. Après quelques mois de soins à l'hôpital et en centre de rééducation, elle a rejoint son domicile et pris la décision de saisir la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux de la Région Rhône Alpes. Le 12 décembre 2007, celle-ci a émis un avis défavorable à sa demande d'indemnisation sur la base d'un rapport d'expertise remis le 3 octobre 2007. Mme F. est décédée le 29 novembre 2008.

⁴ Son mari ainsi que son fils, MM. F. ont assigné le CHU de Grenoble et l'ONIAM devant le Tribunal administratif de Grenoble pour l'indemnisation de leurs préjudices, tant personnels qu'en qualité d'ayants droit de Mme F. La juridiction de première instance, dans un jugement en date du 26 décembre 2011 (req. n° 0900995), a condamné l'établissement hospitalier à verser la somme de 30 000 € à MM. F en leur qualité d'ayants droit de la victime décédée, la somme de 10 000 € au mari de la victime et la somme de 2 500 € au fils de la victime, pour leur préjudice personnel. Le CHU de Grenoble a également été condamné à verser la somme de 281 512.12 € à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Isère en remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques. Quant à l'Office National

d'Indemnisation des Accidents Médicaux, il a été condamné à verser la somme de 30 000 € au mari et au fils de la victime décédée au titre de leur préjudice. Le CHU relève appel de cette décision devant la Cour Administrative de Lyon tandis que MM. F., la CPAM de l'Isère ainsi que l'ONIAM forment un appel incident pour demander respectivement une majoration des indemnités allouées, la capitalisation des intérêts ainsi que l'indemnité forfaitaire, et enfin sa mise hors de cause en ce qui concerne l'ONIAM.

⁵ La Cour administrative d'appel va confirmer pour partie la décision du Tribunal administratif de Grenoble : la responsabilité pour faute du CHU et sa condamnation au versement d'indemnités au mari et fils de la victime et au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sont confirmées, mais le montant des indemnités dues est réformé et le jugement infirmé en ce qu'il a condamné l'ONIAM à verser des indemnités.

⁶ La responsabilité hospitalière reconnue par le juge de première instance repose en l'espèce sur l'obligation d'information détaillée du patient, dont la Cour administrative de Lyon a, dans un premier temps, du vérifier le respect (I) pour en déduire les conséquences en matière d'indemnisation (II).

I. – Le patient acteur de sa santé : l'obligation d'une information exhaustive

⁷ Dans le but de favoriser l'émergence d'une démocratie sanitaire au sein des relations patient / personnel soignant, une obligation d'information du patient, progressivement précisée par la jurisprudence et le législateur, a été mise à la charge du personnel médical. Ceci afin de rétablir le déséquilibre existant entre le médecin, professionnel et le patient, qui subit l'intervention. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, précise le contenu de l'information qui doit être délivrée au patient, à l'article L 1111-2 du Code de la Santé Publique : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ».

⁸ Concernant les risques encourus par le patient au titre de l'opération prévue par le médecin, le contenu de l'information avait également été précisé par la jurisprudence, plus exigeante avec le personnel médical. En effet, dans un arrêt du 5 janvier 2000 Assistance

Publique Hôpitaux de Paris c/ Consorts T., le Conseil d'État a exigé que le personnel médical informe le patient de tous les types de risques, même ceux qui ne seraient qu'exceptionnels. L'information du patient doit donc être exhaustive, mais plus encore, elle se doit d'être claire et compréhensible. C'est ainsi que dans l'affaire commentée, le CHU de Grenoble, en énonçant simplement à Mme F. la possibilité de « *risques vitaux et fonctionnels* » a commis une faute constitutive d'un défaut d'information. En effet, qu'est-ce qu'un risque vital et fonctionnel ? Une personne *lambda* est-elle dans la possibilité de répondre à cette question ? Dans cette relation professionnel / non professionnel, la Cour vient ainsi protéger le patient en imposant une intelligibilité de l'information délivrée pour permettre à ce dernier de consentir ou non en toute connaissance de cause à l'intervention conseillée par le praticien.

9 Les renseignements délivrés au patient doivent également concerner les alternatives thérapeutiques envisageables afin qu'il puisse refuser le traitement conseillé par le médecin en faveur d'un autre. Là encore, l'interrogation porte sur le caractère exhaustif ou non de cette information. Selon l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Lyon, l'information donnée ne doit pas se limiter aux interventions thérapeutiques qui seraient équivalentes mais également aux opérations qui seraient moins efficaces et surtout moins invasives ou douloureuses.

10 Face à cette double obligation d'information du patient, au contenu strict, on peut s'interroger sur les circonstances où un tel défaut d'information ne serait toutefois pas fautif et susceptible d'engager la responsabilité de l'administration. Tel est le cas, lorsque la notion d'intervention impérieusement requise trouve à s'appliquer. Aux termes de la jurisprudence du Conseil d'État, et notamment l'arrêt du 5 janvier 2000 précité, cette notion recouvre l'hypothèse où le patient ne dispose d'aucune possibilité raisonnable de refuser l'intervention proposée par le praticien. Pour pouvoir écarter l'existence d'une perte de chance, les juges doivent donc vérifier si l'intervention réalisée, après défaut d'information, était vitale, et donc urgente pour le patient et ne présentait aucune alternative. Le défaut d'information peut donc être avéré, mais la perte de chance non caractérisée, car le patient n'a pas subi de préjudice (pour un exemple, v. l'arrêt de la CAA de Lyon du 21 juin 2012 *N. c/ CHU de Grenoble*, où l'aggravation de l'état de santé du patient rendait inévitable une chirurgie très invasive sur les cervicales ayant laissé des séquelles neurologiques) . En l'espèce, le juge d'appel a donc rejeté le moyen tiré du caractère impérieusement requis de l'intervention en ce qu'elle n'était pas vitale (une exérèse partielle aurait notamment pu être pratiquée) et comportait des alternatives comme la radio chirurgie.

11 Bien que plus protectrice, en ce que cette information porte à la fois sur les risques et les alternatives thérapeutiques et vise à permettre au malade de décider en toute connaissance de cause des suites à donner au traitement proposé, on peut néanmoins s'interroger sur l'efficacité de cette obligation et son applicabilité à tous les patients. D'une part, ne signent-ils pas les documents administratifs certifiant qu'ils ont bien été informés des risques inhérents à une hospitalisation sans pour autant véritablement mesurer et comprendre de tels risques ? D'autre part, tous les patients souhaitent-ils connaître l'intégralité de la vérité sur leur état de santé ? Certains ne préfèrent-ils pas s'en remettre au professionnel ? De même, le professionnalisme des praticiens ne leur permet-il pas de moduler en fonction des patients le niveau d'information nécessaire ?

12 Cette obligation d'information exhaustive s'explique néanmoins par le régime de réparation du préjudice subi en cas de défaut d'information : c'est l'établissement de santé employeur du praticien fautif qui va voir sa responsabilité engagée.

II. – La réparation du préjudice subi pour défaut d'information du patient

13 Pendant longtemps, juge judiciaire et juge administratif ont indemnisé différemment la perte de chance engendrant ainsi des disparités entre les victimes en fonction de la soumission au droit privé ou au droit public, de l'établissement responsable. Ainsi, le juge administratif, depuis la reconnaissance de la possible indemnisation de la perte de chance en matière hospitalière dans l'arrêt précité du Conseil d'État du 24 avril 1964 *Hôpital - Hospice de Voiron*, indemnisait la perte de chance à hauteur du préjudice corporel global constaté après la faute sans évaluer la probabilité que la chance perdue (éviter une aggravation ou obtenir une amélioration de son état de santé) se soit réalisée. Depuis un arrêt du Conseil d'État du 21 décembre 2007 *Centre Hospitalier de Vienne c/ M. A.* (V. « La réparation de la perte de chance dans le champ de la responsabilité hospitalière », concl. T. OLSON, *RFDA* 2008, p. 348), la jurisprudence administrative a rejoint celle de la Cour de Cassation initiée avec un arrêt de la 1^{ère} Chambre civile en date du 14 décembre 1965 (*JCP* 1966 II 14753, note R. SAVATIER) . Désormais, que le patient soit admis dans le secteur public ou privé, s'il subit un défaut d'information constitutif d'une perte de chance, le préjudice à indemniser correspond à la perte de chance d'éviter une amélioration de l'état de santé ou d'échapper à une aggravation.

14 Ainsi, pour déterminer si la perte de chance est sérieuse et réelle et évaluer les droits à indemnités, les juges se livrent à une comparaison entre l'état réel du patient et l'état optimal qu'il aurait pu avoir, s'il

avait eu la possibilité de choisir un autre traitement. Le montant des préjudices indemnisés est fixé par référence à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue.

¹⁵ En l'espèce, la Cour administrative d'appel a fixé la part de responsabilité de l'établissement hospitalier correspondant à la perte de chance d'éviter des complications à 50%. Ce coefficient va ensuite être appliqué à toutes les sommes allouées à l'ensemble des personnes et structures concernées par l'hospitalisation de Mme F. Ainsi, le CHU de Grenoble ne doit rembourser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Isère que la moitié des frais médicaux et pharmaceutiques. Le même principe s'applique pour le préjudice non patrimonial subi par Mme F. et les frais qu'elle a dû engager pour se faire aider par une tierce personne ainsi que pour les préjudices subis par son fils et son mari.

¹⁶ En l'espèce, la somme déterminée par application de la fraction de perte de chance à destination des ayants droits pour le préjudice subi par Mme F est supérieure à leur demande. Ainsi aucune somme ne reste à la charge de l'Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux dont la responsabilité peut être engagée au titre de l'article L 1142-1 du Code de la Santé Publique en parallèle à celle de l'établissement hospitalier, lors d'un accident médical, c'est-à-dire en l'absence de faute du personnel médical au cours de l'intervention (CE 24 septembre 2012, *Hospices civils de Lyon*) .

¹⁷ Enfin, le défaut d'information peut également ouvrir droit à réparation au titre du préjudice dit d'impréparation, récemment reconnu par le juge administratif. la reconnaissance de ce nouveau chef de préjudice s'inscrit également dans le mouvement de rapprochement des jurisprudences des deux ordres de juridictions. Depuis l'arrêt du Conseil d'État du 10 octobre 2012, *CHU de Rouen c/ M.B. et Mme L.*, le préjudice d'impréparation, indépendant de la perte de chance de refuser l'intervention, sanctionne le manquement des praticiens à leur obligation d'information des risques encourus en ouvrant au patient, « *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 des dispositions personnelles* » (point 5) . En l'espèce néanmoins, la demande de réparation du préjudice d'impréparation, nouvelle en appel, n'a pu qu'être rejetée.

Conclusions du rapporteur public

François Pourny

Rapporteur public à la cour administrative d'appel de Lyon

DOI : [10.35562/alyoda.6079](https://doi.org/10.35562/alyoda.6079)

¹ Née en 1947, Mme R... a souffert à compter du mois de novembre 2003 de troubles de l'équilibre et de violentes céphalées matinales. Après avoir consulté un oto-rhino-laryngologue et un ophtalmologue, elle a subi une IRM encéphalique au centre hospitalier de Valence le 20 janvier 2004. Cet examen a mis en évidence un volumineux méningiome refoulant fortement le tronc cérébral et le cervelet, méningiome dont le diagnostic a été confirmé le jour même par un scanner cérébral associé à un angio-scanner. Mme R... a alors été adressée au service de neurologie du centre hospitalier universitaire de Grenoble, où elle a été hospitalisée le 21 janvier 2004. Après des investigations complémentaires, montrant que l'artère vertébrale droite était incluse dans la tumeur, Mme R... a été informée de la nécessité d'envisager une intervention chirurgicale, qui a été pratiquée, le 18 mars 2004, après une nouvelle consultation avec le chirurgien chargée de cette intervention le 4 mars 2004. Malheureusement cette intervention, longue et particulièrement difficile, a entraîné une tétraplégie complète, probablement liée à une lésion du tronc cérébral d'origine vasculaire ischémique. L'état de l'intéressée est alors resté stable jusqu'au mois de juin 2004, puis il a connu une légère amélioration, permettant un sevrage progressif de l'assistance respiratoire et une sortie du secteur de réanimation chirurgicale, le 5 septembre 2004. Mme R... a alors séjourné dans un centre de rééducation, jusqu'en décembre 2005, puis elle a bénéficié de soins à domicile, avant son décès, intervenu au cours d'une nouvelle hospitalisation, le 29 novembre 2008.

² Dans ce contexte, Mme R... avait saisi la commission régionale de conciliation et d'indemnisation de Rhône-Alpes d'une demande d'indemnisation. Un expert, le professeur B., neurochirurgien, a alors été désigné. Il a procédé aux opérations d'expertise le 12 septembre 2007. Cet expert n'a relevé aucune faute dans la prise en charge de Mme R... Il indique que l'intéressée avait été correctement informée des risques de l'intervention qu'elle a subie et qu'il n'y avait pas d'alternative au traitement chirurgical proposé, dont l'indication était formelle. Il relève ensuite que la totalité du préjudice alors subi par Mme R... est en relation avec une complication survenue lors de l'intervention du 18 mars 2004 et que ce préjudice peut être considéré comme anormal, dans la mesure où la symptomatologie neurologique était relativement discrète avant l'intervention. Fixant, « arbitrairement » selon ses propres termes, la date de consolidation au jour de son expertise, le 12 septembre 2007, il a notamment retenu une incapacité temporaire totale de 100 % jusqu'au jour de

l'expertise, une incapacité permanente partielle de 90 %, des souffrances de 6, 5 sur 7 et un préjudice esthétique de 6 sur 7, avec un besoin d'assistance permanente par une tierce personne. Au vu de ce rapport, la commission régionale de conciliation et d'indemnisation a estimé, par un avis du 12 décembre 2007, que la responsabilité du centre hospitalier universitaire de Grenoble ne pouvait être retenue et que Mme R... ne pouvait pas davantage prétendre à une indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, au titre de la solidarité nationale (ONIAM), la réalisation du risque étant en relation directe avec la pathologie dont la patiente était atteinte.

³ Mme R... et son époux ont demandé une nouvelle expertise au juge des référés du Tribunal administratif de Grenoble, qui a rejeté leur demande par une ordonnance du 10 juin 2008. Ils ont alors demandé la rédaction d'un rapport médical à un médecin de leur choix, lequel leur a remis ce rapport peu avant le décès de la victime. M. R... et son fils, agissant à titre personnel et en qualité d'ayants droit de la victime décédée le 29 novembre 2008, ont alors saisi le Tribunal administratif de Grenoble d'une nouvelle demande tendant à la condamnation du centre hospitalier universitaire de Grenoble et de l'ONIAM à leur verser une somme de 180 000 euros en réparation des préjudices résultant de la tétraplégie et du décès de la victime.

⁴ Le Tribunal administratif de Grenoble s'est prononcé sur leur demande, après avoir dûment mis en cause la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, par son jugement n° 0900995 du 26 décembre 2011.

⁵ Contrairement à l'expert désigné par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation, le Tribunal administratif a retenu l'existence d'un défaut d'information de Mme R... sur les risques de l'intervention qu'elle a subie. Il a alors estimé que le centre hospitalier universitaire de Grenoble avait commis une faute de nature à engager sa responsabilité à hauteur de 50 % des préjudices résultant de cette intervention. Par ailleurs, de même que l'expert désigné par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation et contrairement à l'avis de cette commission, il a également retenu que Mme R... avait droit à une indemnisation par l'ONIAM, au titre d'un aléa thérapeutique, pour la partie de ses préjudices non indemnisée au titre du défaut d'information. Le Tribunal administratif a en conséquence condamné le centre hospitalier universitaire de Grenoble et l'ONIAM à verser une somme de 30 000 euros chacun à MM. R..., en qualité d'ayants droit de la victime, et condamné le seul centre hospitalier universitaire à verser en outre 10 000 euros à l'époux de la victime et 2 500 euros à son fils, ainsi que 281 512, 12 euros à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère.

⁶ Le requérant, le centre hospitalier universitaire de Grenoble a interjeté appel de ce jugement, ce qui a conduit les consorts R... et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère à présenter des conclusions d'appel incident, tendant à la majoration du montant des condamnations prononcées à leur profit, et l'ONIAM à contester également sa part de responsabilité.

⁷ La régularité du jugement attaqué est seulement contestée par le centre hospitalier universitaire de Grenoble, qui a soutenu sommairement dans sa requête introductive d'instance que ce jugement est insuffisamment motivé, mais il vous sera facile d'écarter ce moyen, les premiers juges ayant suffisamment exposé les motifs de leur décision.

⁸ Sur le fond du litige, l'ONIAM vous demande d'ordonner une nouvelle expertise, en soutenant que celle réalisée à la demande de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation ne peut pas lui être opposée, par principe, et qu'elle est en outre insuffisante, dans les circonstances de l'espèce.

⁹ Vous avez déjà considéré par un arrêt du 5 avril 2012 n° 10LY01815 qu'une expertise ordonnée par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation constitue un élément du dossier, soumis au débat contradictoire, et que cette expertise peut être prise en considération, sans qu'il soit besoin, par principe, d'en ordonner une nouvelle. Vous pourrez voir en ce sens CE 4 octobre 2010 n° 332836. Il vous reste néanmoins à apprécier le caractère utile d'une nouvelle expertise dans les circonstances de l'espèce. La contradiction entre le rapport de l'expert et l'avis de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation, s'agissant de l'existence d'une obligation d'indemnisation à la charge de l'ONIAM n'est pas à elle-seule de nature à justifier une nouvelle expertise, si vous estimez avoir au dossier des éléments suffisants pour trancher les questions en litige. En l'espèce, sont en débat le caractère suffisant de l'information donnée à Mme R... et le caractère anormal des conséquences de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie. Comme l'a relevé le juge des référés du Tribunal administratif de Grenoble, le premier point ne justifie pas une expertise. Il appartient au centre hospitalier universitaire d'apporter la preuve que la patiente a reçu les informations qui lui étaient nécessaires et, en l'espèce, ce débat ne soulève aucune question médicale. Le second point nous paraît plus délicat, puisque l'expert désigné par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation ne vous donne aucun élément sur l'évolution prévisible de l'état de santé de Mme R.... Il se borne à indiquer que les premiers symptômes étaient apparus quelques semaines avant l'intervention et paraissaient s'aggraver très régulièrement et que les conséquences de l'intervention étaient anormales dans la mesure où la symptomatologie neurologique était relativement discrète. Son analyse est cependant confirmée par un

médecin désigné par M. et Mme R... et, si la commission régionale de conciliation et d'indemnisation n'a pas partagé ce point de vue, vous n'avez au dossier aucun élément médical vous permettant de penser que la tétraplégie n'est pas une conséquence anormale de l'intervention. Il nous semble donc que, faute pour l'ONIAM d'avoir produit un avis médical contredisant les deux rapports médicaux déjà versés au dossier, vous pourrez considérer, comme l'ont fait les premiers juges, qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire.

10

En ce qui concerne la responsabilité du centre hospitalier universitaire de Grenoble, il incombe à ce centre hospitalier en application de l'article L1111-2 du code de la santé publique, d'apporter la preuve, par tout moyen, que Mme R... a bien été informée de l'utilité, de l'urgence éventuelle, des conséquences et des risques fréquents ou graves normalement prévisibles de l'intervention chirurgicale qui lui était proposée ainsi que des autres solutions possibles et des conséquences prévisibles en cas de refus des soins proposés.

11

Comme le soutient à juste titre le centre hospitalier universitaire de Grenoble, cette preuve peut être apportée par tout moyen. En l'espèce, le centre hospitalier universitaire s'appuie sur le rapport d'expertise qui indique que le chirurgien a rencontré Mme R... et son mari et leur a fait part du diagnostic, de la nécessité d'envisager une intervention chirurgicale et que celle-ci était à très haut risque vital et fonctionnel. Il précise que cette information a bien été comprise et que la qualité de l'information n'est pas discutée par Mme R... et son mari, lesquels assistaient à l'expertise. L'expert a ensuite relevé que Mme R... a été revue en consultation le 4 mars 2004, avant l'intervention du 18 mars, afin de répondre aux questions complémentaires qu'elle souhaitait poser avant l'intervention chirurgicale programmée le 18 mars suivant. Un courrier du chirurgien au médecin traitant de Mme R... confirme ce point, le chirurgien indiquant que la patiente avait de multiples questions à poser et qu'il a été difficile de la rassurer complètement. Même s'il est adressé au médecin traitant de la victime, ce courrier nous paraît établir que Mme R... avait reçu une information sur certains risques liés à l'intervention qu'elle a subie, mais vous n'avez aucune précision sur les risques qui lui ont été présentés, les informations qui lui ont été données sur l'évolution prévisible de son état de santé et les éventuelles alternatives possibles, puisque l'article L1111-2 du code de la santé publique exige que le patient soit également informé des autres solutions possibles afin de pouvoir donner un consentement éclairé au traitement qui lui est proposé.

12

Il nous semble donc que le centre hospitalier universitaire n'apporte pas la preuve dont il a la charge du caractère suffisant des informations données à Mme R....

13 MM. R... demandent en conséquence réparation des préjudices résultant de la perte d'une chance de se soustraire à l'intervention et une réparation d'un préjudice autonome d'impréparation au risque qui s'est réalisé.

14 S'agissant de la perte de chance de se soustraire à l'intervention, il vous appartient, 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. Vous pourrez voir en ce sens [CE 24 septembre 2012 n° 339285](#).

15 Tous les avis médicaux versés au dossier concordent pour retenir que l'intervention chirurgicale proposée était la solution la plus satisfaisante, la chimiothérapie étant inefficace sur les méningiomes du type de celui dont souffrait Mme R... et la radio-chirurgie en condition stéréotaxique, c'est à dire avec une localisation de la tumeur en trois dimensions, étant exclue pour les tumeurs de plus de 3 centimètres de diamètre, la radiothérapie, qui est une forme atténuée de radio-chirurgie, les rayons étant administrés en plusieurs séances successives au lieu de l'être en une seule, étant tout aussi inadaptée que la radio-chirurgie, compte tenu de la taille de la tumeur. Enfin, il ne nous paraît pas établi qu'une intervention d'exérèse partielle aurait comporté des risques significativement moins importants que la tentative d'exérèse totale pratiquée, les risques de l'intervention résultant plus dans la difficulté d'accéder à la tumeur que dans l'exérèse de ladite tumeur. Il nous semble donc que Mme R... ne disposait que d'une seule alternative, se faire opérer, en acceptant les risques de l'opération dans l'espoir d'une amélioration, ou pour le moins d'une stabilisation de son état de santé, éventuellement avec une légère dégradation de ce dernier, ou accepter une dégradation progressive et normalement plus importante de son état de santé du fait de l'évolution de la tumeur.

16 En l'espèce, l'expert a retenu le volume très important de la lésion et son caractère « pauci symptomatique » comme confirmant qu'il s'agit d'une tumeur d'évolution lente, ce qui pourrait vous conduire à considérer que Mme R... pouvait raisonnablement refuser l'intervention proposée, en estimant que les risques qu'elle comportait étaient trop importants au regard du caractère progressif et encore incertain des risques liés à l'évolution de sa pathologie. Cependant, l'expert indique aussi que les symptômes paraissaient s'aggraver très régulièrement et qu'une intervention devait être réalisée dans un délai relativement bref, ce qui pourrait vous conduire à considérer que Mme R... ne pouvait pas raisonnablement refuser l'intervention proposée.

17 Dans ces conditions, il nous paraît excessif d'évaluer à 50 % la perte de chance de l'intéressée de se soustraire au risque qui s'est réalisé et nous vous proposons de ramener ce pourcentage à 30 %. En effet, retenir un pourcentage de 50 % serait considérer qu'il était tout aussi raisonnable d'accepter l'intervention que de la refuser, et, implicitement, reprocher au centre hospitalier universitaire de Grenoble d'avoir commis une faute en proposant à la patiente une intervention dont l'intérêt n'était pas évident, en méconnaissance du principe « primo non nocere », alors que tous les avis médicaux versés au dossier montrent qu'une intervention chirurgicale était nécessaire et souhaitable et que celle qui a été proposée à la patiente était, pour le moins, la plus adaptée à la situation, voire la seule possible.

18 S'agissant du préjudice autonome d'impréparation, il appartient à MM. R..., ayants droit de la victime, d'établir l'existence et l'importance d'un tel préjudice. Vous pourrez voir en ce sens [CE 10 octobre 2012 n° 350426](#). En l'espèce, l'existence et l'ampleur de ce préjudice ne nous paraissent pas établies. Concrètement, si on peut admettre que Mme R... a été privée de la possibilité de se préparer à devenir tétraplégique, il ne vous est pas indiqué en quoi le fait de n'avoir pas pu se préparer à la tétraplégie a pu porter préjudice à l'intéressée et l'ampleur du préjudice en résultant.

19 Nous en arrivons ainsi à l'évaluation des préjudices de la victime et des préjudices personnels de MM. R..., l'évaluation effectuée par les premiers juges étant contestée par le centre hospitalier universitaire et les intimés.

20 En ce qui concerne les préjudices de Mme R..., la caisse primaire d'assurance maladie a fait valoir 563 024, 24 euros de débours et MM. R... vous demandent de porter à 100 000 euros le montant de la condamnation prononcée à leur profit.

21 Même si on peut déplorer que le relevé des débours de la caisse ne soit pas signé par un médecin conseil, il nous semble possible d'admettre que les problèmes pulmonaires pour lesquels la victime a été hospitalisée en 2008 sont en lien avec la tétraplégie dont elle a souffert et nous vous proposons donc de retenir le montant exposé sans avoir besoin d'ordonner une expertise sur ce point. Toutefois, le centre hospitalier universitaire de Grenoble ne peut être condamné qu'à hauteur de la perte de chance retenue soit, si vous nous suivez pour retenir une perte de chance de 30 %, un montant de 168 907, 27 euros, au lieu du montant de 281 512, 12 euros retenu par les premiers juges.

22 MM. R... demandent 100 000 euros au titre des troubles de toute nature subis par la victime. Sur ce point, l'expert a retenu un besoin d'assistance permanente par une tierce personne, une incapacité

temporaire totale jusqu'à la date de consolidation, une incapacité permanente partielle de 90 %, un préjudice esthétique évalué à 6 sur 7 et des souffrances physiques évaluées à 6, 5 sur 7.

23

Le besoin d'assistance par une tierce personne doit être apprécié parmi les chefs de préjudices patrimoniaux de la victime. Comme vous pourrez constater sur le relevé de débours de la caisse que Mme R... n'a pas été hospitalisée du 6 juillet 2007 au 6 novembre 2008, soit durant seize mois, vous pourriez évaluer ce chef de préjudice à un montant de 115 000 euros, à partir du smic majoré des charges sociales et droit à congés, le fait que M. R... a assuré personnellement cette tâche n'étant pas de nature à réduire le droit à indemnisation dont disposait la victime.

24

En ce qui concerne les préjudices personnels de la victime, l'expert a retenu une incapacité temporaire totale du 18 mars 2004 au 12 septembre 2007, soit près de trois ans et demi, nous vous proposons d'accorder 16 000 euros à ce titre. Il a retenu des souffrances de 6, 5 sur 7 que nous vous proposons d'évaluer à 22 000 euros, un préjudice esthétique de 6 sur 7, que nous évaluons à 20 000 euros et une incapacité permanente partielle de 90 %, pour une femme de 60 ans à la date de consolidation, que nous évaluons à 200 000 euros. L'expert retient également un préjudice d'agrément et un préjudice sexuel, que nous évaluons globalement à 15 000 euros. Nous en arrivons ainsi à un total de 273 000 euros pour les préjudices à caractère personnel de la victime et, après addition des 115 000 euros pour la tierce personne, à un montant total de 388 000 euros.

25

Compte tenu du pourcentage de perte de chances de 30 % que nous vous proposons d'appliquer, le centre hospitalier universitaire pourrait être condamné à verser à MM. P., en qualité d'ayants droit de la victime, une somme de 116 400 euros, mais les intéressés ne demandent que 100 000 euros. Nous vous proposons donc de considérer qu'ils sont fondés à soutenir que c'est à tort que le montant de la condamnation du centre hospitalier universitaire à leur profit a été limitée à 30 000 euros et qu'elle doit être portée à 100 000 euros.

26

Sur les préjudices personnels de MM. R..., le Tribunal administratif de Grenoble a évalué à 20 000 et 5 000 euros les préjudices de l'époux et du fils de la patiente, ce qui correspond aux montants habituellement accordés en cas de décès de la victime, alors que les intéressés demandaient 50 000 et 30 000 euros.

27

L'époux de la victime demande désormais 30 000 euros au titre des troubles dans ses conditions d'existence et 30 000 euros au titre de son préjudice moral, ce qui excède le montant de 50 000 euros demandé en première instance, décomposé en 25 000 euros pour la période avant le décès et 25 000 euros pour la période après le décès. Le montant de 20 000 euros retenu par les premiers juges nous paraît

satisfaisant pour la période après le décès, mais il nous semble qu'il convient de tenir compte du préjudice d'affection et d'accompagnement pour la période de quatre ans antérieure au décès et qu'un montant de 20 000 euros pourrait également être accordé à ce titre. Compte tenu du pourcentage de perte de chance proposé, nous en arrivons à un montant de 12 000 euros pour M. René-Xavier R....

28 Le fils de la victime demandait 30 000 euros en première instance. Il demande le même montant en appel. L'évaluation du préjudice moral à 5 000 euros effectué par les premiers juges nous paraît pouvoir être majorée à 6 000 euros pour tenir compte du préjudice d'affection et d'accompagnement mais, compte tenu du pourcentage de perte de chance retenu, nous en arrivons ainsi à un montant de 1 800 euros au lieu des 2 500 euros accordés par les premiers juges.

29 Si vous nous suivez, vous considérerez que le centre hospitalier universitaire de Grenoble est seulement fondé à demander, premièrement, la réduction du montant de la condamnation prononcée à son encontre au profit de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, ce montant passant de 281 512, 12 euros à 168 907, 27 euros, avec intérêts au 20 mai 2009 et capitalisation des intérêts à compter du 20 septembre 2012, la capitalisation des intérêts ne pouvant pas prendre effet avant la date où elle a été demandée, vous pourrez voir en ce sens [CE 4 mai 2007 n° 264009 Société Sabipat Guyane](#), et deuxièmement, la réduction du montant de la condamnation prononcée au profit de Jean-Charles R..., fils de la victime, ce montant étant réduit de 2 500 euros à 1 800 euros, mais le montant de la condamnation prononcée au profit des ayants droit de Mme R... sera porté de 30 000 euros à 100 000 euros et celui de la condamnation prononcée au profit de M. René-Xavier R... de 10 000 à 12 000 euros.

30 En ce qui concerne la possibilité d'une indemnisation par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale, sur le fondement du II de l'article L1142-1 du code de la santé publique, comme l'ont retenu les premiers juges, la reconnaissance de la responsabilité du centre hospitalier universitaire de Grenoble, à hauteur d'une partie des préjudices invoqués par MM. R..., ne fait pas obstacle à l'indemnisation de la fraction non indemnisée des préjudices subis par Mme R... elle-même. Cependant, cette indemnisation au titre de la solidarité nationale ne concerne que les préjudices de la patiente elle-même et non les préjudices personnels de ses ayants droit. Vous pourrez voir en ce sens [CE 30 mars 2011 n° 327669 ONIAM](#). De plus, la caisse primaire d'assurance maladie ne bénéficie pas d'un recours subrogatoire en cas d'indemnisation par l'ONIAM.

31 Si vous nous avez suivis dans notre évaluation des préjudices subis par la victime elle-même et sur le pourcentage de perte de chance de 30 %, vous constaterez que l'intégralité des préjudices invoqués par les ayants droit de la victime, au titre des préjudices de cette dernière, a été indemnisée par le centre hospitalier universitaire de Grenoble. L'ONIAM ne peut donc pas être condamné à indemniser les consorts R... au titre de la solidarité nationale pour les préjudices de la défunte. Comme il ne peut pas être condamné au titre des préjudices personnels des victimes par ricochet et au titre des tiers payeurs, l'ensemble des conclusions présentées à son encontre pourront donc être rejetées.

32 En revanche, si vous estimez que Mme R... n'a pas perdu une chance d'éviter le risque qui s'est réalisé, ou si vous considérez que l'indemnisation mise à la charge du centre hospitalier universitaire de Grenoble doit rester inférieure aux 100 000 euros demandés par MM. R... pour les préjudices de la victime, il vous faudra examiner la possibilité d'une indemnisation subsidiaire par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale sur le fondement des dispositions du II de l'article L1142-1 du code de la santé publique.

33 Encore faut-il relever pour pouvoir faire application des dispositions du II de l'article L1142-1 du code de la santé publique que les soins ont eu pour la patiente des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de cet état et que ces conséquences présentent un caractère de gravité suffisant. En l'espèce, l'expert a retenu un taux d'incapacité temporaire totale de 100 % durant plusieurs années puis une incapacité permanente partielle de 90 %. Il ne fait donc aucun doute que la condition relative au caractère de gravité suffisant est remplie. Le problème tient plutôt à l'appréciation des conséquences anormales au regard de l'état de santé de la patiente et de l'évolution prévisible de cet état. Sur ce point, l'expert a considéré que les troubles liés à la tumeur étaient encore peu développés et que l'apparition d'une tétraplégie après l'intervention pouvait être regardée comme une conséquence anormale, alors que la commission régionale de conciliation et d'indemnisation a considéré que la tétraplégie résultait des particularités anatomiques de la tumeur et que la patiente était exposée à un risque comparable à celui qui s'est réalisé dans un délai qui pouvait être relativement bref. Vous n'avez au dossier aucun élément vous permettant de retenir que les particularités anatomiques de la tumeur exposaient particulièrement la patiente à un risque de tétraplégie, mais il nous semble en revanche certain que l'évolution prévisible de l'état de la patiente l'exposait à un risque de tétraplégie et de décès en l'absence d'intervention. La question est alors de savoir s'il convient de retenir l'évolution prévisible de l'état de la patiente en l'absence de soins ou l'évolution prévisible de l'état de la patiente compte tenu des soins qui lui ont été prodigués.

Comme le remarquait M. Didier Chauvaux dans ses conclusions sur un arrêt du Conseil d'Etat n° 287206 et 287328 du 16 mai 2007, retenir l'évolution prévisible de l'état de la patiente en l'absence de soins conduirait à exclure toute possibilité de responsabilité sans faute chaque fois qu'une intervention est impérieusement requise, ce qui est le cas d'opérations courantes, telles que les appendicectomies. Il convient donc de retenir l'évolution prévisible de l'état de la patiente, compte tenu des soins qui lui ont été prodigués. En l'espèce, une amélioration de l'état de santé de Mme R... ou, pour le moins, une stabilisation de cet état de santé sans dégradation massive, était attendu de l'intervention pratiquée et il nous semble possible de retenir, comme l'avait fait l'expert désigné par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation et le Tribunal administratif de Grenoble, que la tétraplégie dont a souffert l'intéressée constitue une conséquence anormale de cette intervention, compte tenu de l'ampleur encore limitée des symptômes qui étaient constatés avant l'intervention. L'ONIAM devrait donc supporter la différence entre le montant de 100 000 euros demandé par MM. R... au titre des préjudices de la victime et le montant de la condamnation prononcée au même titre à l'encontre de l'ONIAM au titre du défaut d'information.

³⁴ Il vous restera alors à statuer sur le surplus des conclusions des parties.

³⁵ Comme la caisse n'a pas à actualiser ses conclusions en cas de relèvement du plafond de l'indemnité forfaitaire prévue par l'article L376-1 du code de la sécurité sociale, vous pourrez voir en ce sens CE 19 décembre 2007 n° 258305 Etablissement français du sang, elle a en conséquence droit à une somme de 1 015 euros au titre de cette indemnité dont le montant maximum a été fixé en dernier lieu par un arrêté du 3 décembre 2012 publié au journal officiel du 11 décembre 2012.

³⁶ Le Tribunal administratif de Grenoble a cru pouvoir partager entre l'ONIAM et le centre hospitalier universitaire de Grenoble les frais d'une expertise ordonnée en référé le 10 juin 2008, mais la seule expertise figurant dans ce dossier est celle de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation, le juge des référés ayant refusé d'ordonner une expertise le 10 juin 2008. Vous pourrez donc annuler les condamnations prononcées à ce titre.

³⁷ Enfin, dans les circonstances de l'espèce, nous vous proposons de rejeter l'ensemble des conclusions présentées en appel au titre de l'article L761-1 du code de justice administrative.

³⁸ Par ces motifs, nous concluons, premièrement, à la condamnation du centre hospitalier universitaire de Grenoble à verser des sommes de 100 000 euros à MM. R..., au titre des préjudices subis par Mme R..., 12 000 euros à M. René-Xavier R... et 1 800 euros à M. Jean-Charles

R..., avec intérêts au taux légal à compter du 11 février 2009 et capitalisation des intérêts, deuxièmement, à la condamnation du centre hospitalier universitaire de Grenoble à verser une somme de 168 907, 27 euros à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère avec intérêts au 20 mai 2009 et capitalisation des intérêts au 20 septembre 2012, outre une somme de 1015 euros au titre de l'article L376-1 du code de la sécurité sociale, au rejet de l'ensemble des conclusions dirigées contre l'ONIAM en première instance et en appel, à la réformation du jugement attaqué en tant qu'il se prononce sur les frais de l'expertise diligentée par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation et en ce qu'il a de contraire à votre arrêt et au rejet du surplus des conclusions des parties.