

Cour administrative d'appel de Paris, 30 novembre 2009, n° 08PA03131 & 08PA04933 (Responsabilité hospitalière - Etablissement public de santé - Défaut d'information)

30/11/2009

A la suite d'une intervention d'embolisation d'un anévrisme en date du 14 janvier 1999 au sein d'un centre hospitalier de l'AP-HP, une patiente, son époux et la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle celle-ci était affiliée recherchent sa responsabilité. Le tribunal administratif rejette leur demande en réparation des préjudices subis non seulement du fait que cette intervention présentait des risques non exceptionnels eu égard à l'état initial de la patiente mais également en raison de l'absence d'alternative thérapeutique moins risquée que l'indication chirurgicale entreprise. Par cet arrêt, la cour administrative d'appel rappelle 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. Elle ajoute également que si cette information n'est requise qu'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 d'information. La cour relève ainsi que l'AP-HP ne rapporte pas la preuve d'avoir délivré à la patiente une information relative aux risques que comportait la réalisation d'une nouvelle opération d'embolisation avant l'intervention entreprise le 14 janvier 1999. Il ressort au contraire du rapport d'expertise que la patiente n'a été convoquée que dans le cadre d'une artériographie cérébrale de contrôle et qu'elle n'a reçu aucune information relative à une éventuelle intervention d'embolisation alors que l'équipe médicale avait défini sa stratégie dans une réunion collégiale plusieurs jours auparavant. De plus, la cour relève également que l'intervention réalisée, comportant un risque qui ne pouvait être exceptionnel compte tenu de l'état général de la patiente, pouvait être envisagée dans les mêmes conditions plusieurs semaines ou mois plus tard. Elle considère, par conséquent, que la patiente a été privée d'une possibilité de différer, voire de refuser l'intervention litigieuse, pour des raisons personnelles et familiales, ce report ou ce refus devant être apprécié en fonction du risque de survenue d'un nouvel accident vasculaire cérébral spontané, et de la perte de chance de se soustraire à un tel risque en tout ou en partie. Elle a donc fixé les conséquences du défaut d'information fautif sur les préjudices résultant de l'intervention litigieuse à 30% de ceux-ci.

**Cour Administrative d'Appel de Paris
8ème chambre**

N° 08PA03131

Inédit au recueil Lebon

M. ROTH, président
M. Jean-Claude PRIVESSE, rapporteur
Mme Seulin, commissaire du gouvernement
SOLOVIEFF, avocat

Lecture du lundi 30 novembre 2009

**REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS**

Vu, I, sous le n° 08PA03131, la requête enregistrée le 16 juin 2008, présentée pour Mme Nicole B, demeurant ..., Mme Joëlle veuve C agissant tant à titre personnel qu'en sa qualité de représentant légal de son fils mineur Thibault C, et M. Nicolas C, demeurant ..., par Me Solovieff ; les consorts B demandent à la cour :

1°) d'annuler le jugement n° 0501973/1 du 21 février 2008 par lequel le Tribunal administratif de Melun a rejeté leur demande de condamnation de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris à réparer les conséquences dommageables de l'intervention chirurgicale subie par Mme B le 14 janvier 1999 à l'hôpital ..., également en ce que ce même jugement a mis à leur charge les frais et honoraires de l'expertise ordonnée le 22 septembre 2003 par ce même tribunal, ensemble d'annuler la décision de rejet en date du 20 janvier 2005 de leurs demandes préalables d'indemnisation reçues le 20 décembre 2004 par cet établissement public ;

2°) de condamner à titre principal, l'Assistance publique - hôpitaux de Paris à leur verser une somme globale de 626 833,

98 euros en réparation du préjudice que leur a causé l'intervention susmentionnée du 14 janvier 1999, sur les fondements de l'aléa thérapeutique et du défaut d'information préalable, et à titre subsidiaire sur le second fondement seulement à hauteur de 60 % de la même indemnité, avec les intérêts de droit à compter de sa demande préalable d'indemnisation, assortie de la capitalisation des intérêts ;

3°) de mettre à la charge de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris une somme de 5 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

Vu, II, sous le n° 08PA04933, la requête enregistrée le 25 septembre 2008, présentée pour la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE (CPAM) DES HAUTS-DE-SEINE, dont le siège est 113 rue des Trois-Fontanot à Nanterre cédex (92026), par Me Mathe-Gourgues ; la CPAM DES HAUTS-DE-SEINE demande à la cour :

1°) d'annuler le même jugement n° 0501973/1 du 21 février 2008 par lequel le Tribunal administratif de Melun a rejeté la demande des consorts D, et par voie de conséquence, celle qu'elle avait formée tendant à la condamnation de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris à lui rembourser les prestations exposées pour le compte de son assurée, Mme D ;

2°) de condamner l'Assistance publique - hôpitaux de Paris à lui verser une somme globale de 136 182, 92 euros en remboursement desdites prestations, avec intérêt de droit à compter de la date de la demande préalable, ainsi qu'une somme de 940 euros en règlement de l'indemnité forfaitaire prévue par l'ordonnance du 24 janvier 1996 ;

3°) de mettre à la charge de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris une somme de 800 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu les codes de la santé publique et de la sécurité sociale ;

Vu le code de justice administrative ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 16 novembre 2009 :

- le rapport de M. Privesse, rapporteur,

- les conclusions de Mme Seulin, rapporteur public,

- et les observations de Me Tsouderos, pour l'Assistance publique - hôpitaux de Paris ;

Considérant que les deux requêtes susvisées concernent le même jugement et le même rejet d'une demande préalable d'indemnisation, dont le bien fondé dépend d'éléments de fait et de considérations de droit qui sont étroitement liés ; qu'elles ont fait l'objet d'une instruction commune ; qu'il y a lieu de les joindre pour y statuer par un même arrêt ;

Considérant que les consorts B recherchent la responsabilité du centre hospitalier du ... à raison de l'intervention d'embolisation d'un anévrisme que Mme B y a subie le 14 janvier 1999 ; que, par le jugement susmentionné du 21 février 2008, le Tribunal administratif de Melun a rejeté leur demande en réparation des préjudices subis non seulement du fait que cette intervention présentait des risques non exceptionnels eu égard à l'état initial de la patiente, mais également en raison de l'absence d'alternative thérapeutique moins risquée que l'indication chirurgicale entreprise ; que les consorts B relèvent régulièrement appel de ce jugement, en invoquant les mêmes fondements ;

Sur la fin de non-recevoir opposée par l'AP-HP :

Considérant qu'aux termes de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale : Lorsque, sans entrer dans les cas régis par

les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre./ Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après. / Si la responsabilité du tiers est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. (...) / L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt. ;

Considérant que compte tenu d'une part, du lien qu'établissent ces dispositions entre la détermination des droits de la victime et celle des droits de la caisse et, d'autre part, de l'obligation qu'elles instituent de mettre en cause la caisse de sécurité sociale à laquelle est affiliée la victime en tout état de la procédure afin de la mettre en mesure de poursuivre le remboursement de ses débours par l'auteur de l'accident, une caisse régulièrement mise en cause en première instance mais qui n'a pas interjeté appel dans les délais de jugement rejetant aussi bien ses conclusions que celles de la victime tendant à la condamnation de l'auteur de l'accident, est néanmoins recevable à reprendre ses conclusions tendant au remboursement de ses frais, augmentés le cas échéant des prestations nouvelles servies depuis l'intervention du jugement de première instance, lorsque la victime a elle-même régulièrement exercé cette voie de recours ;

Considérant qu'il suit de là que la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DES HAUTS-DE-SEINE est recevable à demander, par un mémoire enregistré après l'expiration du délai d'appel, le remboursement des débours résultant pour elle des conséquences d'un accident survenu à son assurée ; que par suite, la fin de non recevoir tirée de la tardiveté de son appel opposée en défense par l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, doit être écartée ;

Au fond et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête :

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier et notamment du rapport d'expertise, que Mme B, née le 26 juillet 1934, présentait à la suite d'un accident vasculaire cérébral survenu en 1983, un anévrisme fusiforme situé sur le territoire de la cérébrale postérieure droite ; que trois tentatives d'embolisation de cette malformation ont alors été réalisées sans succès, la malade conservant une quadranopsie ; que si aucun épisode pathologique particulier n'a été noté par la patiente entre 1983 et 1998, une consultation le 27 mai 1998 révèle un anévrisme géant, calcifié, pour lequel une tentative d'embolisation est mise en oeuvre le 14 septembre suivant ; que dans la mesure où l'obstruction de l'anévrisme ainsi réalisée n'avait été qu'incomplète, une nouvelle intervention a été entreprise le 14 janvier 1999, directement à l'origine des préjudices dont l'indemnisation est demandée ;

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, 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 d'information ;

Considérant que l'établissement public défendeur ne rapporte pas la preuve d'avoir délivré à Mme B une information relative aux risques que comportait la réalisation d'une nouvelle opération d'embolisation avant l'intervention entreprise le 14 janvier 1999 ; qu'au contraire, l'intéressée n'avait alors été convoquée que dans le cadre d'une artériographie cérébrale de contrôle, l'expert notant que de toute évidence la malade n'avait reçu aucune information relative à une éventuelle intervention d'embolisation, alors qu'il apparaît selon la même source que l'équipe médicale avait défini sa stratégie dans une réunion collégiale plusieurs jours auparavant ; qu'il note encore que cette intervention, comportant un risque qui ne pouvait être exceptionnel compte tenu de l'état général de la patiente, pouvait être envisagée dans les mêmes conditions plusieurs semaines ou plusieurs mois plus tard ; que Mme B soutient qu'elle n'envisageait pas alors une seconde opération compte tenu de l'effet de diminution de l'anévrisme constaté après celle de septembre 1998, et dans les conditions familiales qui étaient les siennes à l'époque de l'intervention litigieuse, se réservant la possibilité d'une réflexion préalable ; que par suite, Mme B a été privée d'une possibilité de différer, voire de refuser l'intervention litigieuse, pour des raisons personnelles et familiales, ce report ou ce refus devant être apprécié en fonction du risque de survenue d'un nouvel accident vasculaire cérébral spontané, et de la perte de chance de se soustraire à un tel risque en tout ou en partie ; qu'il sera fait une juste appréciation des conséquences du défaut d'information fautif sur les préjudices résultant de l'intervention litigieuse, en les fixant à 30 % de ceux-ci ;

Sur l'évaluation des préjudices :

En ce qui concerne les préjudices de caractère patrimonial :

Considérant en premier lieu, que la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE DES HAUTS-DE-SEINE justifie avoir pris en charge les dépenses de santé de son assurée en relation avec la faute commise par le centre hospitalier du ... aux droits duquel vient l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, pour un montant de 136 182, 92 euros, constituées de frais médicaux et d'hospitalisation, de frais de rééducation et d'appareillage, pour partie futurs et certains ; qu'il y a lieu de lui allouer cette somme à hauteur du pourcentage précédemment défini, soit une somme de 40 855 euros, laquelle portera intérêts à compter du 9 mai 2005, date de présentation de sa demande devant le tribunal, et de lui accorder, en application des dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale susvisé, la somme de 940 euros au titre de l'indemnité forfaitaire prévue par l'ordonnance du 24 janvier 1996 ;

Considérant en deuxième lieu, que Mme B fait état de dépenses de petits matériels tels que des chaussons et des cannes, à hauteur d'une somme totale de 1 942, 38 euros durant la période d'incapacité temporaire jusqu'à la date de consolidation, sans toutefois en justifier ; que par ailleurs, si Mme B fait également état de frais d'aménagement de son domicile, aucun document n'est produit de nature à justifier une dépense de 9 500 euros qu'elle aurait dû exposer à cet égard ; que ces conclusions doivent dès lors être écartées ;

Considérant enfin qu'il n'est pas contesté que Mme B a eu besoin de l'assistance d'une tierce personne à compter de la date à laquelle elle a pu retourner à son domicile, à savoir le 28 juillet 1999 ; qu'elle réclame à ce titre une indemnisation à hauteur d'une aide de trois heures par jour depuis cette dernière date, et de façon permanente, chiffrée à 85 455 euros jusqu'en septembre 2004, et un capital de 156 350 euros ensuite, soit au total 241 805 euros ; que si l'intéressée est fondée à demander une telle indemnisation, et dans l'incertitude que celle-ci ne soit pas prise en charge au moins pour une part par les organismes sociaux, il y a lieu de limiter à la somme de 220 000 euros l'indemnité allouée à Mme B à ce titre ; que cette somme affectée du pourcentage précédemment défini, soit 66 000 euros, portera intérêts à compter du 20 décembre 2004, date de réception de sa demande préalable d'indemnisation, capitalisés le 19 juin 2008 puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date ;

En ce qui concerne le préjudice à caractère personnel de Mme B et de ses proches :

Considérant que l'état de santé de Mme B a été consolidé le 9 décembre 2003 ; qu'il sera fait une juste appréciation des troubles de toute nature dans ses conditions d'existence, incluant le préjudice moral, résultant d'un taux d'incapacité temporaire de 80 % jusqu'à la consolidation, et de 70 % postérieurement à celle-ci, en allouant à Mme B, âgée de 65 ans lors de l'intervention litigieuse et de 70 ans à la date de la consolidation, la somme de 131 000 euros pour le préjudice correspondant ; qu'il sera fait une juste appréciation des souffrances physiques endurées, évaluées par l'expert à un niveau de 4 sur une échelle de 7, en allouant à l'intéressée la somme de 6 000 euros ; que le préjudice esthétique évalué à un niveau de 4 sur la même échelle, sera chiffré à 7 000 euros, les préjudices d'agrément et sexuel étant réparés par une somme de 1 000 euros ; que le total des préjudices personnels de l'intéressée s'établit dès lors à la somme de 145 000 euros, laquelle sera affectée du pourcentage précédemment défini, soit une somme de 43 500 euros, qui portera intérêts à compter du 20 décembre 2004, capitalisés le 19 juin 2008 puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date ;

Considérant que le préjudice moral de Mme , fille de la victime, et de ses fils Thibault et Nicolas, est établi en raison de la perte d'autonomie irréversible dont souffre leur mère et grand-mère ; qu'il y a lieu d'allouer à ce titre la somme de 5 000 euros à Mme , et de 3 000 euros à chacun de ses fils ;

Sur les dépens :

Considérant qu'aux termes de l'article R. 761-1 du code de justice administrative : Les dépens comprennent les frais d'expertise, d'enquête et de toute autre mesure d'instruction dont les frais ne sont pas à la charge de l'Etat. Sous réserve de dispositions particulières, ils sont mis à la charge de toute partie perdante sauf si les circonstances particulières de l'affaire justifient qu'ils soient mis à la charge d'une autre partie ou partagés entre les parties ; que les circonstances particulières de l'affaire justifient que les dépens, en l'espèce les frais et honoraires de l'expertise, soient mis à la charge de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris ;

Sur les frais irrépétibles :

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre la charge de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris le versement aux consorts B d'une somme de 1 500 euros, et à la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE DES
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-administrative-dappel-de-paris-30-novembre-2009-n-08pa03131-08pa04933-responsabilite-hospitaliere-etablissement-public-de-sante-default-dinform/>

HAUTS-DE-SEINE d'une somme de 800 euros, au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

D E C I D E :

Article 1er : Le jugement n° 0501973/1 du Tribunal administratif de Melun en date du 21 février 2008 est annulé.

Article 2 : L'Assistance publique - hôpitaux de Paris est condamnée à verser à Mme Nicole B la somme de 109 500 euros (cent neuf mille cinq cents euros), à Mme Joëlle la somme de 5 000 euros (cinq mille euros), à MM. Nicolas et Thibault C chacun la somme de 3 000 euros (trois mille euros), ces sommes étant assorties des intérêts au taux légal à compter du 20 décembre 2004, eux-mêmes capitalisés le 19 juin 2008 puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date.

Article 3 : L'Assistance publique - hôpitaux de Paris est condamnée à verser à la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE DES HAUTS-DE-SEINE la somme de 40 855 euros (quarante mille huit cent cinquante-cinq euros), assortie des intérêts à compter du 9 mai 2005, ainsi qu'une somme de 940 euros (neuf cent quarante euros) sur le fondement de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale.

Article 4 : Les frais et honoraires de l'expertise sont mis à la charge l'Assistance publique - hôpitaux de Paris.

Article 5 : L'Assistance publique - hôpitaux de Paris versera à Mme B la somme de 1 500 euros, et à la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE DES HAUTS-DE-SEINE la somme de 800 euros, au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 6 : Les surplus des conclusions de la requête des consorts B, et des conclusions de la CPAM DES HAUTS-DE-SEINE, ainsi que celles de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris venant aux droits du centre hospitalier du ... sont rejetés.