
Recueil d'annales 2018 – 2019

Licence 3

Semestre 5



SOMMAIRE

Régime des obligations	3
Droit du marché intérieur européen	5
Droit International public	17
Droit du travail	19
Droit des affaires	23
Contentieux administratifs	26
Libertés publiques	29
Droit fiscal général	30
Note de synthèse (1).....	31
Note de synthèse (2).....	103



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2018-2019

REGIME GENERAL DES OBLIGATIONS

Durée : 3h

3^{ème} année LICENCE Droit

Semestre : Impair – Semestre 5

LEPRINCE

Session : 1^{ère} session

- Sans document(s)
 Document autorisé (précisez)

REGIME GENERAL DES OBLIGATIONS

Veillez commenter l'arrêt suivant :

Cass. 1^{ère} civ, 22 mars 2012 n° 11-15.151, Bull. civ. I n° 60

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Bordeaux, 27 janvier 2011), que la société Carrosserie Labat a fait signer à MM. X..., Y... et Z..., qui lui avaient confié la réparation de leurs véhicules assurés auprès de la Caisse régionale d'assurances mutuelles agricoles Centre Atlantique, exerçant sous l'enseigne Groupama Centre Atlantique (société Groupama), une cession de créance accessoire à un ordre de réparation ; que ces cessions ont été dénoncées à l'assureur par lettres recommandées avec demande d'avis de réception ; que la compagnie d'assurance a réglé le coût des réparations directement entre les mains de ses sociétaires, au motif que les cessions de créances ne lui avaient pas été signifiées selon les formes prévues à l'article 1690 du code civil ; que la société Carrosserie Labat l'a assignée en paiement devant un tribunal d'instance ;

Attendu que la société Carrosserie Labat fait grief à l'arrêt de la débouter de ses demandes, alors, selon le moyen :

1°/ (...)
2°/ que le paiement fait de mauvaise foi n'est pas libératoire ; que le paiement est fait de mauvaise foi lorsque le solvens cherche à se libérer entre les mains du cédant en dépit de la connaissance de la cession de créance survenue ; qu'en prenant acte des paiements opérés entre les mains des assurés sans rechercher si la connaissance que la compagnie Groupama avait des cessions à elle dénoncées n'était pas exclusive de sa bonne foi, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article 1240 du code civil ;
(...)

Mais attendu (...) qu'ayant relevé à bon droit qu'à défaut de respect des formalités exigées par l'article 1690 du code civil, la simple connaissance de la cession de créance par le débiteur cédé ne suffit pas à la lui rendre opposable, la cour d'appel, qui a constaté que les cessions litigieuses n'avaient pas été acceptées de façon certaine et non équivoque par la société Groupama, qui s'était acquittée de ses obligations entre les mains de ses assurés avant la délivrance de l'assignation en référé, en a exactement déduit que les cessions de créance lui étaient inopposables ;

D'où il suit que le moyen (...) n'est pas fondé (...)

PAR CES MOTIFS : REJETTE ...



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S

Année Universitaire 2018-2019

Droit du marché intérieur européen :

Durée : 3h

Semestre : semestre 5

3^{ème} année LICENCE Droit

Session : 1ère session

12 pages

Noms des enseignantes :
Gaëlle Guéguen-Hallouet
Guilaine Djouakep Fando

Sans document(s)

Droit du marché intérieur européen

Traitez, au choix, l'un des sujets suivants :

- 1/ - Cas pratique.....p. 2
2/- Commentaire d'arrêts.....p. 10

1/ - Cas pratique :

Relevez les questions juridiques que soulève cet énoncé et résolvez-les en vous servant de vos connaissances et des extraits de textes ci-joints.

Vanol, Max et Abel sont trois frères grecs installés en Italie.

Vanol est garagiste. Il est en couple avec Carolina, une brésilienne. Ils vivent en concubinage depuis 2 ans. De cette union est né Paulin. Carolina a arrêté ses études depuis son accouchement. Ne trouvant pas d'emploi, elle a peur de se faire expulser de l'Italie. Elle se demande si elle peut toutefois continuer d'y séjourner.

Max est un excellent cuisinier. Ses plus belles réussites sont les pizzas et les lasagnes. Il travaillait dans un grand restaurant italien depuis 3 ans. Il a récemment eu des difficultés avec son patron. À la suite de cela, il a décidé de réaliser son rêve : travailler dans un restaurant 5 étoiles à Paris. Il s'est rendu compte qu'une récente loi française impose, pour les restaurants 5 étoiles, que les cuisiniers aient une certification française sous peine de ne pas être embauché. Cette certification n'est ouverte qu'aux français. Elle atteste que les cuisiniers aient suivi un stage de formation en matière de norme d'hygiène, de santé et de sécurité. Max se demande s'il peut toujours croire en ce rêve.

Abel quant à lui est un commerçant. Il exporte la truffe blanche italienne en France principalement. Ce produit plaît bien aux français et s'y vend hors de prix. Abel rencontre tout de même deux difficultés.

La première est que son camion de truffe blanche a été détruit par des manifestants français (gilets jaunes) à la frontière il y'a quelques semaines.

La seconde est que le gouvernement italien a récemment imposé que les producteurs de truffes blanches en cessent l'exportation pendant une période indéterminée. Cette truffe est soupçonnée d'être contaminée. Elle peut donc être dangereuse pour la santé des consommateurs.

Abel s'interroge sur les implications juridiques de cela.

Extraits de textes : Directives 2004/38 (I) et TFUE (II).

I. Quelques articles de la Directive 2004/38

Article 2.-

Définitions. - Aux fins de la présente directive, on entend par :

1) "citoyen de l'Union" : toute personne ayant la nationalité d'un État membre ;

2) "membre de la famille » :

Le conjoint ;

Le partenaire avec lequel le citoyen de l'Union a contracté un partenariat enregistré, sur la base de la législation d'un État membre, si, conformément à la législation de l'État membre d'accueil, les partenariats enregistrés sont équivalents au mariage, et dans le respect des conditions prévues par la législation pertinente de l'État membre d'accueil ;

Les descendants directs qui sont âgés de moins de vingt-et-un ans ou qui sont à charge, et les descendants directs du conjoint ou du partenaire tel que visé au point b) ;

Les ascendants directs à charge et ceux du conjoint ou du partenaire tel que visé au point b) ;

3) "État membre d'accueil" : l'État membre dans lequel se rend un citoyen de l'Union en vue d'exercer son droit de circuler et de séjourner librement.

Article 3.-

Bénéficiaires. - **1.** La présente directive s'applique à tout citoyen de l'Union qui se rend ou séjourne dans un État membre autre que celui dont il a la nationalité, ainsi qu'aux membres de sa famille, tels que définis à l'article 2, point 2), qui l'accompagnent ou le rejoignent.

2. Sans préjudice d'un droit personnel à la libre circulation et au séjour de l'intéressé, l'État membre d'accueil favorise, conformément à sa législation nationale, l'entrée et le séjour des personnes suivantes :

Tout autre membre de la famille, quelle que soit sa nationalité, qui n'est pas couvert par la définition figurant à l'article 2, point 2), si, dans le pays de provenance, il est à charge ou fait partie du ménage du citoyen de l'Union bénéficiaire du droit de séjour à titre principal, ou lorsque, pour des raisons de santé graves, le citoyen de l'Union doit impérativement et personnellement s'occuper du membre de la famille concerné ;

Le partenaire avec lequel le citoyen de l'Union a une relation durable, dûment attestée.

L'État membre d'accueil entreprend un examen approfondi de la situation personnelle et motive tout refus d'entrée ou de séjour visant ces personnes.

Article 5.-

Droit d'entrée. - **1.** Sans préjudice des dispositions concernant les documents de voyage, applicables aux contrôles aux frontières nationales, les États membres admettent sur leur territoire le citoyen de l'Union muni d'une carte d'identité ou d'un passeport en cours de validité ainsi que les membres de sa famille qui n'ont pas la nationalité d'un État membre et qui sont munis d'un passeport en cours de validité.

Aucun visa d'entrée ni obligation équivalente ne peuvent être imposés au citoyen de l'Union.

Les membres de la famille qui n'ont pas la nationalité d'un État membre ne sont soumis qu'à l'obligation de visa d'entrée, conformément au règlement (CE) n° 539/2001 ou, le cas échéant, à la législation nationale. Aux fins de la présente directive, la possession de la carte de séjour en cours de validité visée à l'article 10, dispense les membres de la famille concernés de l'obligation d'obtenir un visa.

Les États membres accordent à ces personnes toutes facilités pour obtenir les visas nécessaires. Ces visas sont délivrés sans frais dans les meilleurs délais et dans le cadre d'une procédure accélérée.

L'État membre d'accueil n'appose pas de cachet d'entrée ou de sortie sur le passeport d'un membre de la famille n'ayant pas la nationalité d'un État membre, à partir du moment où l'intéressé présente la carte de séjour prévue à l'article 10.

Lorsqu'un citoyen de l'Union ou un membre de la famille qui n'a pas la nationalité d'un État membre ne dispose pas du document de voyage requis ou, le cas échéant, du visa nécessaire, l'État membre concerné accorde à ces personnes tous les moyens raisonnables afin de leur permettre d'obtenir ou de se procurer, dans un délai raisonnable, les documents requis ou de faire confirmer ou prouver par d'autres moyens leur qualité de bénéficiaires du droit de circuler et de séjourner librement, avant de procéder au refoulement.

L'État membre peut imposer à l'intéressé de signaler sa présence sur son territoire dans un délai raisonnable et non discriminatoire. Le non-respect de cette obligation peut être passible de sanctions non discriminatoires et proportionnées.

Article 7.-

Droit de séjour de plus de trois mois. - 1. Tout citoyen de l'Union a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre État membre pour une durée de plus de trois mois :

S'il est un travailleur salarié ou non salarié dans l'État membre d'accueil, ou

S'il dispose, pour lui et pour les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil, ou,

s'il est inscrit dans un établissement privé ou public, agréé ou financé par l'État membre d'accueil sur la base de sa législation ou de sa pratique administrative, pour y suivre à titre principal des études, y compris une formation professionnelle et s'il dispose d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil et garantit à l'autorité nationale compétente, par le biais d'une déclaration ou par tout autre moyen équivalent de son choix, qu'il dispose de ressources suffisantes pour lui-même et pour les membres de sa famille afin d'éviter de devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de leur période de séjour ; ou

Si c'est un membre de la famille accompagnant ou rejoignant un citoyen de l'Union qui lui-même satisfait aux conditions énoncées aux points *a)*, *b)* ou *c)*.

Le droit de séjour prévu au paragraphe 1 s'étend aux membres de la famille n'ayant pas la nationalité d'un État membre lorsqu'ils accompagnent ou rejoignent dans l'État membre d'accueil le citoyen de l'Union, pour autant que ce dernier satisfasse aux conditions énoncées au paragraphe 1, points *a)*, *b)* ou *c)*.

Aux fins du paragraphe 1, point *a)*, le citoyen de l'Union qui n'exerce plus d'activité salariée ou non salariée conserve la qualité de travailleur salarié ou de non-salarié dans les cas suivants :

S'il a été frappé par une incapacité de travail temporaire résultant d'une maladie ou d'un accident ;

S'il se trouve en chômage involontaire dûment constaté après avoir été employé pendant plus d'un an et s'est fait enregistrer en qualité de demandeur d'emploi auprès du service de l'emploi compétent ;

S'il se trouve en chômage involontaire dûment constaté à la fin de son contrat de travail à durée déterminée inférieure à un an ou après avoir été involontairement au chômage pendant les douze premiers mois et s'est fait enregistrer en qualité de demandeur d'emploi auprès du service de l'emploi compétent ; dans ce cas, il conserve le statut de travailleur pendant au moins six mois ;

S'il entreprend une formation professionnelle. À moins que l'intéressé ne se trouve en situation de chômage involontaire, le maintien de la qualité de travailleur suppose qu'il existe une relation entre la formation et l'activité professionnelle antérieure.

Par dérogation au paragraphe 1, point *d)*, et au paragraphe 2 ci-dessus, seul le conjoint, le partenaire enregistré au sens de l'article 2, paragraphe 2, point *b)*, et les enfants à charge bénéficient du droit de séjour en tant que membres de la famille d'un citoyen de l'Union qui remplit les conditions énoncées au paragraphe 1, point *c)*. L'article 3, paragraphe 1, s'applique à ses ascendants directs à charge et à ceux de son conjoint ou partenaire enregistré.

Article 8.-

Formalités administratives à charge des citoyens de l'Union. - 1. Sans préjudice de l'article 5, paragraphe 5, pour des séjours d'une durée supérieure à trois mois, l'État membre d'accueil peut imposer aux citoyens de l'Union de se faire enregistrer auprès des autorités compétentes.

Le délai imparti pour l'enregistrement ne peut pas être inférieur à trois mois à compter de la date d'arrivée. Une attestation d'enregistrement est délivrée immédiatement, qui précise le nom et l'adresse de la personne enregistrée ainsi que la date de l'enregistrement. Le non-respect de l'obligation d'enregistrement peut être passible de sanctions non discriminatoires et proportionnées.

Pour la délivrance de l'attestation d'enregistrement, les États membres peuvent seulement exiger :

—
Du citoyen de l'Union auquel s'applique l'article 7, paragraphe 1, point *a)*, qu'il présente une carte d'identité ou un passeport en cours de validité, une promesse d'embauche délivrée par l'employeur, une attestation d'emploi ou une preuve attestant d'une activité non salariée ;

—
Du citoyen de l'Union auquel s'applique l'article 7, paragraphe 1, point *b)*, qu'il présente une carte d'identité ou un passeport en cours de validité et qu'il apporte la preuve qu'il satisfait aux conditions énoncées par cette disposition ;

—
Du citoyen de l'Union visé à l'article 7, paragraphe 1, point *c*), qu'il présente une carte d'identité ou un passeport en cours de validité, qu'il apporte la preuve qu'il est inscrit dans un établissement agréé et qu'il a souscrit une assurance maladie complète, et qu'il produise la déclaration ou tout autre élément équivalent visés à l'article 7, paragraphe 1, point *c*). Les États membres ne peuvent pas exiger que cette déclaration précise le montant des ressources.

Les États membres ne peuvent pas fixer le montant des ressources qu'ils considèrent comme suffisantes, mais ils doivent tenir compte de la situation personnelle de la personne concernée. Dans tous les cas, ce montant n'est pas supérieur au niveau en dessous duquel les ressortissants de l'État d'accueil peuvent bénéficier d'une assistance sociale ni, lorsque ce critère ne peut s'appliquer, supérieur à la pension minimale de sécurité sociale versée par l'État membre d'accueil.

Pour la délivrance de l'attestation d'enregistrement aux membres de la famille des citoyens de l'Union, qui sont eux-mêmes citoyens de l'Union, les États membres peuvent demander la présentation des documents suivants :

Une carte d'identité ou un passeport en cours de validité ;

Un document attestant de l'existence d'un lien de parenté ou d'un partenariat enregistré ;

Le cas échéant, l'attestation d'enregistrement du citoyen de l'Union qu'ils accompagnent ou rejoignent ;

Dans les cas visés à l'article 2, paragraphe 2, points *c*) et *d*), les pièces justificatives attestant que les conditions énoncées dans cette disposition sont remplies ;

Dans les cas visés à l'article 3, paragraphe 2, point *a*), un document délivré par l'autorité compétente du pays d'origine ou de provenance attestant qu'ils sont à la charge du citoyen de l'Union ou font partie de son ménage, ou une preuve de l'existence de raisons de santé graves qui exigent que le citoyen de l'Union s'occupe impérativement et personnellement du membre de la famille concerné ;

Dans les cas relevant de l'article 3, paragraphe 2, point *b*), une preuve de l'existence d'une relation durable avec le citoyen de l'Union.

Article 9.-

Formalités administratives à charge des membres de la famille qui ne sont pas ressortissants d'un État membre. - 1. Les États membres délivrent une carte de séjour aux membres de la famille d'un citoyen de l'Union qui n'ont pas la nationalité d'un État membre lorsque la durée du séjour envisagé est supérieure à trois mois.

Le délai imparti pour introduire la demande de carte de séjour ne peut pas être inférieur à trois mois à compter de la date d'arrivée.

Le non-respect de l'obligation de demander la carte de séjour peut être passible de sanctions non discriminatoires et proportionnées.

Article 10.-

Délivrance de la carte de séjour. - 1. Le droit de séjour des membres de la famille d'un citoyen de l'Union qui n'ont pas la nationalité d'un État membre est constaté par la délivrance d'un document dénommé "Carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union" au plus tard dans les six mois suivant le dépôt de la demande. Une attestation du dépôt de la demande de carte de séjour est délivrée immédiatement.

2. Pour la délivrance de la carte de séjour, les États membres demandent la présentation des documents suivants : *a*) un passeport en cours de validité ;

Un document attestant l'existence d'un lien de parenté ou d'un partenariat enregistré ;

L'attestation d'enregistrement ou, en l'absence d'un système d'enregistrement, une autre preuve du séjour dans l'État membre d'accueil du citoyen de l'Union qu'ils accompagnent ou rejoignent ;

Dans les cas visés à l'article 2, paragraphe 2, point *c*) et *d*), les pièces justificatives attestant que les conditions énoncées dans cette disposition sont remplies ;

Dans les cas visés à l'article 3, paragraphe 2, point *a*), un document délivré par l'autorité compétente du pays d'origine ou de provenance attestant qu'ils sont à la charge du citoyen de l'Union ou font partie de son ménage, ou une preuve de l'existence de raisons de santé graves qui exigent que le citoyen de l'Union s'occupe personnellement du membre de la famille concerné ;

Dans les cas relevant de l'article 3, paragraphe 2, point *b*), une preuve de l'existence d'une relation durable avec le citoyen de l'Union.

Article 11.-

Validité de la carte de séjour. - 1. La carte de séjour prévue à l'article 10, paragraphe 1, a une durée de validité de cinq ans à dater de sa délivrance ou une durée correspondant à la durée du séjour envisagée du citoyen de l'Union si celle-ci est inférieure à cinq ans.

2. La validité de la carte de séjour n'est pas affectée par des absences temporaires ne dépassant pas six mois par an, ni par des absences d'une durée plus longue pour l'accomplissement des obligations militaires ou par une absence de douze mois consécutifs au maximum pour des raisons importantes, telles qu'une grossesse et un accouchement, une maladie grave, des études ou une formation professionnelle, ou un détachement pour raisons professionnelles dans un autre État membre ou d'un pays tiers.

Article 14.-

Maintien du droit de séjour. - 1. Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ont un droit de séjour tel que prévu à l'article 6 tant qu'ils ne deviennent pas une charge déraisonnable pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil.

Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ont un droit de séjour tel que prévu aux articles 7, 12 et 13 tant qu'ils répondent aux conditions énoncées dans ces articles.

Dans certains cas spécifiques lorsqu'il est permis de douter qu'un citoyen de l'Union ou les membres de sa famille remplissent les conditions énoncées aux articles 7, 12 et 13, les États membres peuvent vérifier si c'est effectivement le cas. Cette vérification n'est pas systématique.

Le recours au système d'assistance sociale par un citoyen de l'Union ou un membre de sa famille n'entraîne pas automatiquement une mesure d'éloignement.

À titre de dérogation aux dispositions des paragraphes 1 et 2 et sans préjudice des dispositions du chapitre VI, les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une mesure d'éloignement lorsque :

Les citoyens de l'Union concernés sont des salariés ou des non-salariés, ou

Les citoyens de l'Union concernés sont entrés sur le territoire de l'État membre d'accueil pour y chercher un emploi.

Dans ce cas, les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ne peuvent être éloignés tant que les citoyens de l'Union sont en mesure de faire la preuve qu'ils continuent à chercher un emploi et qu'ils ont des chances réelles d'être engagés.

Article 27.-

Principes généraux. -

1. Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les États membres peuvent restreindre la liberté de circulation et de séjour d'un citoyen de l'Union ou d'un membre de sa famille, quelle que soit sa nationalité, pour des raisons d'ordre public, de sécurité publique ou de santé publique. Ces raisons ne peuvent être invoquées à des fins économiques.

2. Les mesures d'ordre public ou de sécurité publique doivent respecter le principe de proportionnalité et être fondées exclusivement sur le comportement personnel de l'individu concerné. L'existence de condamnations pénales antérieures ne peut à elle seule motiver de telles mesures. Le comportement de la personne concernée doit représenter une menace réelle, actuelle et suffisamment grave pour un intérêt fondamental de la société. Des justifications non directement liées au cas individuel concerné ou tenant à des raisons de prévention générale ne peuvent être retenues.

3. Aux fins d'établir si la personne concernée représente un danger pour l'ordre public ou la sécurité publique, l'État membre d'accueil peut, lors de la délivrance de l'attestation d'enregistrement ou, s'il n'existe pas de système d'enregistrement, au plus tard dans les trois mois suivant l'entrée de la personne concernée sur son territoire ou à compter de la date à laquelle cette personne a signalé sa présence sur son territoire conformément à l'article 5, paragraphe 5, ou encore lors de la délivrance de la carte de séjour et s'il le juge indispensable, demander à l'État membre d'origine et, éventuellement, à d'autres États membres des renseignements sur les antécédents judiciaires

de la personne concernée. Cette consultation ne peut avoir un caractère systématique. L'État membre consulté fait parvenir sa réponse dans un délai de deux mois.

4. L'État membre qui a délivré le passeport ou la carte d'identité permet au titulaire du document qui a été éloigné d'un autre État membre pour des raisons d'ordre public, de sécurité publique ou de santé publique de rentrer sur son territoire sans aucune formalité, même si ledit document est périmé ou si la nationalité du titulaire est contestée.

Article 28.-

Protection contre l'éloignement. -

1. Avant de prendre une décision d'éloignement du territoire pour des raisons d'ordre public ou de sécurité publique, l'État membre d'accueil tient compte notamment de la durée du séjour de l'intéressé sur son territoire, de son âge, de son état de santé, de sa situation familiale et économique, de son intégration sociale et culturelle dans l'État membre d'accueil et de l'intensité de ses liens avec son pays d'origine.

2. L'État membre d'accueil ne peut pas prendre une décision d'éloignement du territoire à l'encontre d'un citoyen de l'Union ou des membres de sa famille, quelle que soit leur nationalité, qui ont acquis un droit de séjour permanent (Rect. JOUE n° L 197, 28 juill. 2005) <sur son territoire sauf pour des motifs graves d'ordre public>.

3. Une décision d'éloignement ne peut être prise à l'encontre des citoyens de l'Union, quelle que soit leur nationalité, à moins que (Rect. JOUE n° L 197, 28 juill. 2005) < la décision ne se fonde sur des raisons impérieuses de sécurité publique définies par les États membres, si ceux-ci : > a) ont séjourné dans l'État membre d'accueil pendant les dix années précédentes, ou b) sont mineurs, sauf si l'éloignement est nécessaire dans l'intérêt de l'enfant, comme prévu dans la convention des Nations unies sur les droits de l'enfant du 20 novembre 1989.

I. Quelques articles du TFUE

Article 20

(Ex-article 17 TCE)

Il est institué une citoyenneté de l'Union. Est citoyen de l'Union toute personne ayant la nationalité d'un État membre. La citoyenneté de l'Union s'ajoute à la citoyenneté nationale et ne la remplace pas.

Les citoyens de l'Union jouissent des droits et sont soumis aux devoirs prévus par les traités. Ils ont, entre autres :

Le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres ;

Le droit de vote et d'éligibilité aux élections au Parlement européen ainsi qu'aux élections municipales dans l'État membre où ils résident, dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet

État ;

Le droit de bénéficier, sur le territoire d'un pays tiers où l'État membre dont ils sont ressortissants n'est pas représenté, de la protection des autorités diplomatiques et consulaires de tout État membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État ;

Le droit d'adresser des pétitions au Parlement européen, de recourir au médiateur européen, ainsi que le droit de s'adresser aux institutions et aux organes consultatifs de l'Union dans l'une des langues des traités et de recevoir une réponse dans la même langue.

Ces droits s'exercent dans les conditions et limites définies par les traités et par les mesures adoptées en application de ceux-ci.

Article 21

(Ex-article 18 TCE)

Tout citoyen de l'Union a le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, sous réserve des limitations et conditions prévues par les traités et par les dispositions prises pour leur application.

Si une action de l'Union apparaît nécessaire pour atteindre cet objectif, et sauf si les traités ont prévu des pouvoirs d'action à cet effet, le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent arrêter des dispositions visant à faciliter l'exercice des droits visés au paragraphe 1.

Aux mêmes fins que celles visées au paragraphe 1, et sauf si les traités ont prévu des pouvoirs d'action à cet effet, le Conseil, statuant conformément à une procédure législative spéciale, peut arrêter des mesures concernant la sécurité sociale ou la protection sociale. Le Conseil statue à l'unanimité, après consultation du Parlement européen.

Article 34

(Ex-article 28 TCE)

Les restrictions quantitatives à l'importation ainsi que toutes mesures d'effet équivalent, sont interdites entre les États membres.

Article 35

(Ex-article 29 TCE)

Les restrictions quantitatives à l'exportation, ainsi que toutes mesures d'effet équivalent, sont interdites entre les États membres.

Article 36

(Ex-article 30 TCE)

Les dispositions des articles 34 et 35 ne font pas obstacle aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou de préservation des végétaux, de protection des trésors nationaux ayant une valeur artistique, historique ou archéologique ou de protection de la propriété industrielle et commerciale. Toutefois, ces interdictions ou restrictions ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire ni une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres.

Article 45

(Ex-article 39 TCE)

La libre circulation des travailleurs est assurée à l'intérieur de l'Union.

Elle implique l'abolition de toute discrimination, fondée sur la nationalité, entre les travailleurs des États membres, en ce qui concerne l'emploi, la rémunération et les autres conditions de travail.

Elle comporte le droit, sous réserve des limitations justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique :

De répondre à des emplois effectivement offerts,

De se déplacer à cet effet librement sur le territoire des États membres,

De séjourner dans un des États membres afin d'y exercer un emploi conformément aux dispositions législatives, réglementaires et administratives régissant l'emploi des travailleurs nationaux, d) de demeurer, dans des conditions qui feront l'objet de règlements établis par la Commission, sur le territoire d'un État membre, après y avoir occupé un emploi.

4. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux emplois dans l'administration publique.

Article 114

(Ex-article 95 TCE)

1. Sauf si les traités en disposent autrement, les dispositions suivantes s'appliquent pour la réalisation des objectifs énoncés à l'article 26. Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire et après consultation du Comité économique et social, arrêtent les mesures relatives au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres qui ont pour objet l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur.

2. Le paragraphe 1 ne s'applique pas aux dispositions fiscales, aux dispositions relatives à la libre circulation des personnes et à celles relatives aux droits et intérêts des travailleurs salariés.

3. La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé en tenant compte notamment de toute nouvelle évolution basée sur des faits scientifiques. Dans le cadre de leurs compétences respectives, le Parlement européen et le Conseil s'efforcent également d'atteindre cet objectif.

4. Si, après l'adoption d'une mesure d'harmonisation par le Parlement européen et le Conseil, par le Conseil ou par la Commission, un État membre estime nécessaire de maintenir des dispositions nationales justifiées par des

exigences importantes visées à l'article 36 ou relatives à la protection de l'environnement ou du milieu de travail, il les notifie à la Commission, en indiquant les raisons de leur maintien.

5. En outre, sans préjudice du paragraphe 4, si, après l'adoption d'une mesure d'harmonisation par le Parlement européen et le Conseil, par le Conseil ou par la Commission, un État membre estime nécessaire d'introduire des dispositions nationales basées sur des preuves scientifiques nouvelles relatives à la protection de l'environnement ou du milieu de travail en raison d'un problème spécifique de cet État membre, qui surgit après l'adoption de la mesure d'harmonisation, il notifie à la Commission les mesures envisagées ainsi que les raisons de leur adoption.

6. Dans un délai de six mois après les notifications visées aux paragraphes 4 et 5, la Commission approuve ou rejette les dispositions nationales en cause après avoir vérifié si elles sont ou non un moyen de discrimination arbitraire ou une restriction déguisée dans le commerce entre États membres et si elles constituent ou non une entrave au fonctionnement du marché intérieur.

En l'absence de décision de la Commission dans ce délai, les dispositions nationales visées aux paragraphes 4 et 5 sont réputées approuvées.

Lorsque cela est justifié par la complexité de la question et en l'absence de danger pour la santé humaine, la Commission peut notifier à l'État membre en question que la période visée dans le présent paragraphe peut être prorogée d'une nouvelle période pouvant aller jusqu'à six mois.

7. Lorsque, en application du paragraphe 6, un État membre est autorisé à maintenir ou à introduire des dispositions nationales dérogeant à une mesure d'harmonisation, la Commission examine immédiatement s'il est opportun de proposer une adaptation de cette mesure.

8. Lorsqu'un État membre soulève un problème particulier de santé publique dans un domaine qui a fait préalablement l'objet de mesures d'harmonisation, il en informe la Commission, qui examine immédiatement s'il y a lieu de proposer des mesures appropriées au Conseil.

9. Par dérogation à la procédure prévue aux articles 258 et 259, la Commission et tout État membre peuvent saisir directement la Cour de justice de l'Union européenne s'ils estiment qu'un autre État membre fait un usage abusif des pouvoirs prévus par le présent article.

10. Les mesures d'harmonisation visées ci-dessus comportent, dans les cas appropriés, une clause de sauvegarde autorisant les États membres à prendre, pour une ou plusieurs des raisons non économiques visées à l'article 36, des mesures provisoires soumises à une procédure de contrôle de l'Union.

2/- Vous commenterez comparativement les apports des deux décisions suivantes (extraits) à la définition des mesures d'effet équivalent à des restrictions quantitatives :

!! Vous devez prendre en compte la renumérotation du traité à deux reprises depuis ces décisions. L'article 30 CE évoqué dans l'arrêt ci-dessous est désormais l'article 34 du TFUE.

C.J.C.E. 20 février 1979. 120/78, Rewe Zentral AG contre Bundesmonopolverwaltung für Branntwein

8 attendu qu'en l'absence d'une réglementation commune de la production et de la commercialisation de l'alcool — une proposition de règlement présentée par la Commission au Conseil le 7 décembre 1976 (JO n° C 309, p. 2) n'ayant pas encore reçu de suite de la part de ce dernier — il appartient aux États membres de régler, chacun sur son territoire, tout ce qui concerne la production et la commercialisation de l'alcool et des boissons spiritueuses;

que les obstacles à la circulation intracommunautaire résultant de disparités des législations nationales relatives à la commercialisation des produits en cause doivent être acceptés dans la mesure où ces prescriptions peuvent être reconnues comme étant nécessaires pour satisfaire à des exigences impératives tenant, notamment, à l'efficacité des contrôles fiscaux, à la protection de la santé publique, à la loyauté des transactions commerciales et à la défense des consommateurs;

9 attendu que le gouvernement de la république fédérale d'Allemagne, intervenant à la procédure, a mis en avant divers arguments qui, selon lui, justifieraient l'application de dispositions relatives à la teneur minimum en alcool de

boissons spiritueuses, en faisant valoir des considérations tenant, d'une part, à la sauvegarde de la santé publique et, d'autre part, à la protection des consommateurs contre des pratiques commerciales déloyales;

10 attendu qu'en ce qui concerne la sauvegarde de la santé publique, le gouvernement allemand expose que la détermination des teneurs minimales en alcool par la législation nationale aurait pour fonction d'éviter la prolifération de boissons spiritueuses sur le marché national, spécialement de boissons spiritueuses à teneur alcoolique modérée, de tels produits pouvant, à son avis, provoquer plus facilement l'accoutumance que des boissons à titre alcoolique plus élevé;

15 qu'en conséquence, il y a lieu de répondre à la première question qu'il faut comprendre la notion de «mesures d'effet équivalant à des restrictions quantitatives à l'importation», figurant à l'article 30 du traité, en ce sens que relève également de l'interdiction prévue par cette disposition la fixation d'une teneur minimale en alcool pour les boissons spiritueuses destinées à la consommation humaine, fixée par la législation d'un État membre, lorsqu'il s'agit de l'importation de boissons alcoolisées légalement produites et commercialisées dans un autre État membre;

C.J.C.E. 24 novembre 1993, Procédure pénale contre Bernard Keck et Daniel Mithouard, Aff. Jtes C-267/91 et C-268/91

11 Aux termes de l'article 30 du traité, les restrictions quantitatives à l'importation, ainsi que toute mesure d'effet équivalent, sont interdites entre les États membres. Selon une jurisprudence constante, constitue une mesure d'effet équivalant à une restriction quantitative, toute mesure susceptible d'entraver, directement ou indirectement, actuellement ou potentiellement, le commerce intracommunautaire.

12 Il convient de constater qu'une législation nationale qui interdit de façon générale la revente à perte n'a pas pour objet de régir les échanges de marchandises entre les États membres.

13 Il est vrai qu'une telle législation est susceptible de restreindre le volume des ventes et, par conséquent, le volume des ventes des produits en provenance d'autres États membres dans la mesure où elle prive les opérateurs d'une méthode de promotion des ventes. Il y a lieu cependant de se demander si cette éventualité suffit pour qualifier la législation en cause de mesure d'effet équivalant à une restriction quantitative à l'importation.

14 Étant donné que les opérateurs économiques invoquent de plus en plus l'article 30 du traité pour contester toute espèce de réglementations qui ont pour effet de limiter leur liberté commerciale, même si elles ne visent pas les produits en provenance d'autres États membres, la Cour estime nécessaire de réexaminer et de préciser sa jurisprudence en la matière.

15 Il y a lieu de rappeler à cet égard que, conformément à la jurisprudence Cassis de Dijon (arrêt du 20 février 1979, Rewe-Zentral, 120/78, Rec. p. 649), constituent des mesures d'effet équivalent, interdites par l'article 30, les obstacles à la libre circulation des marchandises résultant, en l'absence d'harmonisation des législations, de l'application à des marchandises en provenance d'autres États membres, où elles sont légalement fabriquées et commercialisées, de règles relatives aux conditions auxquelles doivent répondre ces marchandises (telles que celles qui concernent leur dénomination, leur forme, leurs dimensions, leur poids, leur composition, leur présentation, leur étiquetage, leur conditionnement), même si ces règles sont indistinctement applicables à tous les produits, dès lors que cette application ne peut être justifiée par un but d'intérêt général de nature à primer les exigences de la libre circulation des marchandises.

16 En revanche, il y a lieu de considérer que, contrairement à ce qui a été jugé jusqu'ici, n'est pas apte à entraver directement ou indirectement, actuellement ou potentiellement le commerce entre les États membres, au sens de la jurisprudence Dassonville (arrêt du 11 juillet 1974, 8/74, Rec. p. 837), l'application à des produits en provenance d'autres États membres de dispositions nationales qui limitent ou interdisent certaines modalités de vente, pourvu qu'elles s'appliquent à tous les opérateurs concernés exerçant leur activité sur le territoire national, et pourvu qu'elles

affectent de la même manière, en droit comme en fait, la commercialisation des produits nationaux et de ceux en provenance d'autres États membres.

17 En effet, dès lors que ces conditions sont remplies, l'application de réglementations de ce type à la vente des produits en provenance d'un autre État membre et répondant aux règles édictées par cet État n'est pas de nature à empêcher leur accès au marché ou à le gêner davantage qu'elle ne gêne celui des produits nationaux. Ces réglementations échappent donc au domaine d'application de l'article 30 du traité.

18 Il y a donc lieu de répondre à la juridiction nationale que l'article 30 du traité CEE doit être interprété en ce sens qu'il ne s'applique pas à une législation d'un État membre interdisant de façon générale la revente à perte



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2018-2019

Droit international public

Durée : 3h

3ème année LICENCE Droit

Semestre : semestre 5

Nom de l'enseignant : Valère Ndior

Session : 1^{ère} session

- Sans document(s)
- Document autorisé (précisez)

DROIT INTERNATIONAL PUBLIC

Traitez, au choix, l'un des sujets suivants :

1/ - Sujet : Dissertation - Le mécanisme des réserves nuit-il à l'intégrité des traités ?

2/ - Sujet : Commentaire

Résolution n° 661 du Conseil de sécurité des Nations Unies instituant les sanctions contre l'Irak (6 août 1990) – Extraits

Le Conseil de sécurité,

Réaffirmant sa résolution 660 (1990),

Profondément préoccupé par le fait que cette résolution n'a pas été appliquée et que l'invasion du Koweït par l'Irak se poursuit, entraînant de nouvelles pertes en vies humaines et de nouvelles destructions,

Résolu à mettre un terme à l'invasion et à l'occupation du Koweït par l'Irak et à rétablir la souveraineté, l'indépendance et l'intégrité territoriale du Koweït, notant que le gouvernement légitime du Koweït a manifesté sa volonté de respecter la résolution 660 (1990),

Conscient des responsabilités qui lui incombent en vertu de la charte en ce qui concerne le maintien de la paix et de la sécurité internationales, affirmant le droit naturel de légitime défense, individuelle ou

collective, face à l'attaque armée dirigée par l'Irak contre le Koweït, consacré par l'article 51 de la charte, agissant en vertu du chapitre VII de la charte des Nations Unies,

1) constate que, jusqu'à présent, l'Irak n'a pas respecté le paragraphe 2 de la résolution 660 (1990) et a usurpé l'autorité du gouvernement légitime du Koweït ;

2) décide, en conséquence, de prendre les mesures suivantes pour obtenir que l'Irak respecte le paragraphe 2 de ladite résolution et pour rétablir l'autorité du gouvernement légitime du Koweït ;

3) décide que tous les Etats empêcheront :

a) l'importation sur leur territoire de tous produits de base et de toutes marchandises en provenance de l'Irak ou du Koweït qui seraient exportés de ces pays après la date de la présente résolution,

b) toutes activités menées par leurs nationaux ou sur leur territoire qui auraient pour effet de favoriser l'exportation ou le transbordement de tous produits de base ou de toutes marchandises en provenance de l'Irak ou du Koweït, ainsi que toutes transactions faisant intervenir leurs nationaux ou des navires battant leur pavillon ou menées sur leur territoire, portant sur des produits de base ou des marchandises en provenance de l'Irak ou du Koweït et exportées de ces pays après la date de la présente résolution y compris en particulier, tout transfert de fonds à destination de l'Irak ou du Koweït aux fins de telles activités ou transactions,

c) la vente ou la fourniture par leurs nationaux ou depuis leur territoire ou par l'intermédiaire de navires battant leur pavillon de tous produits de base ou de toutes marchandises, y compris des armes ou tout autre matériel militaire, que ceux-ci proviennent ou non de leur territoire, mais non compris les fournitures à usage strictement médical et, dans des cas où des considérations humanitaires le justifient, les produits alimentaires, à toute personne physique ou morale se trouvant en Irak ou au Koweït ou à toute autre personne physique ou morale aux fins de toute activité commerciale menée sur ou depuis le territoire de l'Irak ou du Koweït ainsi que toutes activités menées par leurs nationaux ou sur leur territoire qui auraient pour effet de favoriser ou sont conçues pour favoriser la vente ou la fourniture dans les conditions sus-indiquées de tels produits de base ou de telles marchandises ;

4) décide que tous les Etats s'abstiendront de mettre à la disposition du gouvernement irakien ou de toute entreprise commerciale, industrielle ou de services publics sise en Irak ou au Koweït des fonds ou toutes autres ressources financières ou économiques et empêcheront leurs nationaux et toutes personnes présentes sur leur territoire de transférer de leur territoire ou de mettre par quelque moyen que ce soit à la disposition du gouvernement irakien ou des entreprises susvisées de tels fonds ou ressources et de verser tout autre fonds à des personnes physiques ou morales se trouvant en Irak ou au Koweït, à l'exception des paiements destinés exclusivement à des fins strictement médicales ou humanitaires et, dans des cas où des considérations humanitaires le justifient, des produits alimentaires ;

5) demande à tous les Etats, y compris aux Etats non membres de l'Organisation des Nations Unies, d'agir de façon strictement conforme aux dispositions de la présente résolution nonobstant tout contrat passé ou toute licence accordée avant la date de la présente résolution ;

[...]

9) décide que, nonobstant les paragraphes 4 à 8, aucune des dispositions de la présente résolution n'interdira de prêter assistance au gouvernement légitime du Koweït, et demande à tous les Etats :

a) de prendre des mesures appropriées pour protéger les avoirs du gouvernement légitime du Koweït et de ses institutions,

b) de ne reconnaître aucun régime mis en place par la puissance occupante ;

[...]

11) décide de maintenir la question à son ordre du jour et de poursuivre ses efforts en vue de mettre rapidement un terme à l'invasion irakienne.



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2018-2019

Durée : 3h

Semestre 5

Session 1

DROIT DU TRAVAIL

L3 Droit Brest/Quimper

DEMESLAY Isabelle

Sans document

DROIT DU TRAVAIL

Au choix : cas pratique ou commentaire d'arrêt

1) Cas pratique

M. Snoop est le directeur d'une maison de retraite qui emploie 165 salariés. Il est confronté à plusieurs problèmes.

Tout d'abord, depuis 15 jours, une terrible grippe s'est abattue sur la structure. Immédiatement, M. Snoop a diffusé la note de service libellée comme suit : « du fait de la grippe extrêmement contagieuse et au regard de la gravité et de l'urgence de la situation, l'ensemble des salariés doit porter des masques de protection au travail. Le non-respect de cette règle entraînera automatiquement le prononcé d'un blâme à l'encontre du salarié récalcitrant et dégagera le directeur de toute responsabilité ».

Après seulement une semaine de diffusion de la note de service, Mme Olympe, l'hôtesse d'accueil, ne supporte plus le port du masque qu'elle trouve inesthétique et qui la gêne dans son activité principale consistant à répondre au téléphone. Elle conteste donc cette note de service. Selon elle, M. Snoop ne peut pas la contraindre à porter un masque. Elle a donc arrêté de le porter.

De ce fait, M. Snoop vient de lui remettre, contre signature, une lettre de convocation à un entretien préalable précisant : « Suite à votre refus de porter un masque de protection au mépris de votre santé et celle de vos collègues,

une sanction disciplinaire est envisagée à votre rencontre : une mise à pied d'une semaine. L'entretien préalable aura lieu dès demain dans mon bureau à 14h ».

Que pensez-vous de cette situation ?

D'autre part, le 1^{er} octobre, il a embauché Mme Lizzi en contrat à durée déterminée de 4 mois comme secrétaire afin de remplacer la salariée partie en congé de maternité.

Dès le début, il a eu des doutes quant à ses capacités à occuper ce poste. Ses inquiétudes n'ont fait que s'accroître. Mme Lizzi fait régulièrement des erreurs, elle mélange les dossiers et ne sait pas répondre aux questions des familles. Il souhaite rompre au plus vite son contrat avant de perdre plus de clients.

Qu'en pensez-vous ?

Par ailleurs, M. Poussin, responsable « qualité » dans la structure a remis hier à M. Snoop sa lettre de démission. M. Poussin a pris cette décision suite à l'annonce de la promotion d'un collègue alors qu'il espérait pouvoir obtenir cette promotion. Il a envoyé un mail ce matin à M. Snoop en lui demandant d'ignorer son geste d'humeur et lui demande de bien vouloir déchirer sa lettre de démission.

M. Snoop peut-il refuser ?

Pour « couronner le tout », un autre problème se pose à M. Snoop. En effet, depuis deux ans déjà, M. Troy, un bénévole de la maison de retraite, véhiculait les personnes âgées ne pouvant pas ou plus conduire afin de les emmener chez les médecins ou les pharmaciens. M. Snoop lui donnait plusieurs instructions (sur les horaires à respecter, les lieux où aller...) et lui versait une allocation pour frais de déplacement de 10 euros par kilomètre, ce qui est bien supérieur au montant des frais réellement engagés.

Il a reçu plusieurs plaintes des personnes âgées et des familles au sujet du comportement cavalier de M. Troy. Il lui a donc demandé immédiatement de cesser son bénévolat dans sa maison de retraite.

Il « tombe des nues » car il vient de recevoir une lettre de M. Troy l'informant qu'il allait intenter une action devant le Conseil de Prud'hommes afin de faire reconnaître l'existence d'un licenciement abusif.

Est-ce possible ?

2) Commentaire d'arrêt Cour de cassation du 16 mai 2018

LA COUR DE CASSATION, CHAMBRE SOCIALE, a rendu le 16 mai 2018 l'arrêt suivant :

Sur le moyen unique :

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Lyon, 16 septembre 2016), que M. X..., engagé le 14 mai 1990 en qualité de responsable de développement national, par la société Air liquide aux droits de laquelle se trouve la société Air liquide France industrie, a été licencié par lettre du 20 juillet 2011 ;

Attendu que le salarié fait grief à l'arrêt de dire son licenciement pour insuffisance professionnelle justifié et de le débouter de ses demandes, alors, selon le moyen :

1°/ que l'employeur est tenu par le caractère disciplinaire ou non disciplinaire du licenciement qu'il a prononcé ; que lorsque l'employeur prononce un licenciement pour motif personnel non disciplinaire mais qu'il résulte tant des termes de la lettre de notification que des constatations des juges du fond qu'il a entendu en réalité sanctionner le comportement du salarié considéré par lui comme fautif, le licenciement est nécessairement privé de cause réelle et sérieuse ; que pour dire le licenciement de M. X... fondé sur une cause réelle et sérieuse sans caractère disciplinaire, l'arrêt attaqué a énoncé qu'il a été notifié pour des insuffisances professionnelles justifiées ; qu'en statuant ainsi quand il résultait des termes de la lettre de notification qu'il était fait grief à M. X... « depuis plusieurs années un désengagement de votre part », « un non-respect des consignes » et son « insuffisance en matière de performance individuelle » ayant déjà donné lieu à un précédent avertissement en date du 28 octobre 2008 et après avoir constaté de sa part une « résistance passive aux attentes de son employeur », la cour d'appel qui n'a pas tiré les conséquences légales de ses constatations desquelles il résultait que la société Air liquide reprochait à son salarié un comportement jugé par elle comme fautif et que le licenciement qui avait été notifié pour un motif non disciplinaire d'insuffisance professionnelle était nécessairement injustifié,

a violé les articles L. 1331-1, L. 1232-1, L. 1232-6 et L. 1235-1 du code du travail ;

2°/ que lorsque le licenciement est fondé sur la non réalisation, par le salarié, d'objectifs précis, le juge doit vérifier que les objectifs n'ont pas été atteints, qu'ils étaient réalisables et que leur non réalisation est imputable au salarié ; qu'en jugeant que le licenciement pour insuffisance professionnelle résultant de non-respect par M. X... des objectifs qui lui étaient assignés depuis 2008 était justifié, au motif qu'il n'avait émis aucune contestation avant le 6 mai 2011 et qu'il ne les avait jamais atteints, sans avoir recherché si, comme il le soutenait dans ses conclusions d'appel, ces objectifs n'auraient pas été irréalisables, la cour d'appel qui a statué par des motifs inopérants, a privé sa décision de toute base légale au regard des articles L. 1232-1, L. 1235-1 du code du travail et 1103 nouveau du code civil ;

Mais attendu que la cour d'appel, qui a constaté que, malgré les efforts de formation et d'adaptation de l'employeur, le salarié, qui avait bénéficié d'un plan de retour à la performance fixant des objectifs de façon concertée, n'arrivait pas à mener ses missions, et faisait preuve d'un manque total d'autonomie, a décidé, dans l'exercice des pouvoirs qu'elle tient de l'article L. 1235-1 du code du travail, que le licenciement procédait d'une cause réelle et sérieuse ; que le moyen, qui, en sa première branche, est nouveau, mélangé de fait et de droit, et, partant, irrecevable, n'est pas fondé pour le surplus ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne M. X... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, chambre sociale, et prononcé par le président en son audience publique du seize mai deux mille dix-huit. MOYEN ANNEXE au présent arrêt



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2018-2019

DROIT DES AFFAIRES

Durée : 3h

3^{ème} année LICENCE Droit

Semestre : Semestre Impair

**Nom de l'enseignant : Isabelle
Sérandour**

Session : 1^{ère} session

- Sans document(s)
 Document autorisé : Code de commerce
non annoté

DROIT DES AFFAIRES

Traitez, au choix, l'un des sujets suivants :

1/ - Sujet : Commentez l'arrêt suivant : **Cass. Com. 16 janv. 2001, pourvoi n° 98-21.145**

Sur le moyen unique, pris en ses cinq branches :

Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué (Poitiers, 13 août 1998) que, par acte du 11 août 1987, M. et Mme X... ont vendu à la société Marquet un fonds industriel de mécanique générale spécialisé dans la construction de vérins et de tous leurs dérivés, en s'interdisant de se rétablir dans une activité similaire pendant une durée de trois ans, le fonds cédé ayant pour client quasiment unique la société Sapia, intermédiaire des constructeurs automobiles ou des fabricants rattachés à ce secteur ; que, le 26 octobre 1990, a été créée la SARL X... équipement plaisance 17 (GEP 17), ayant M. X... pour gérant, qui, après une première période d'activité liée au motonautisme et à l'accastillage, a étendu ses prestations à la mécanique, l'étude et la fabrication de vérins pneumatiques, vérins de soudage et vérins hydrauliques ; que, leur reprochant une violation de la garantie légale d'éviction, la société Marquet a assigné M. et Mme X... pour leur voir interdire de vendre des vérins pneumatiques à la société Sapia et obtenir l'indemnisation de son préjudice ;

Attendu que M. et Mme X... font grief à l'arrêt d'avoir ordonné une expertise afin d'évaluer le préjudice subi par la société Marquet et de les avoir condamnés à payer à cette dernière une indemnité provisionnelle de 250 000 francs, alors, selon le moyen :

1° que la garantie légale d'éviction du fait personnel ne pouvait interdire à M. X... de se rétablir dans une activité concurrentielle, postérieurement à l'expiration du délai d'application de la clause de non-concurrence figurant à l'acte de vente du fonds de commerce, dès lors que ce rétablissement n'était pas de nature à empêcher la société Marquet de poursuivre l'activité économique dudit fonds ; d'où il suit qu'en se déterminant comme elle l'a fait, la cour d'appel a violé, par fausse application, les articles 1626 et suivants du Code civil et, par refus d'application, l'article 1134 du Code civil ;

2° que, dans leurs écritures d'appel, M. et Mme X... faisaient valoir que, selon l'attestation établie le 9 juin 1995 par la société Sapia elle-même, le vérin que celle-ci avait demandé à la société GEP 17 d'étudier et de fabriquer était en aluminium, donc plus léger, amagnétique, totalement isolé, à tirant, donc facilement démontable et réparable par l'utilisateur, et que pour toutes ces raisons, il constituait une véritable innovation par rapport aux fabrications Marquet ou concurrentes, telle que Savair ; qu'il en résultait, en dernière analyse, que les vérins précourse type " Savair " n'étaient pas une création de la société Marquet mais de la société Savair elle-même ; que M. et Mme X... faisaient encore valoir qu'il importait peu que l'usage de certains vérins fût identique, dès lors que les vérins fabriqués par la société GEP 17 se distinguaient de ceux produits par la société Marquet, tant par leur conception que par les matériaux utilisés, et que " le fait que certains modèles aient des références identiques n'implique en rien qu'ils soient similaires ", dès lors que " les références... fixées par les constructeurs automobiles utilisateurs... correspondent à des critères de dimension, charge et fonctionnement " ; que l'arrêt, qui ne répond à aucun de ces moyens, méconnaît les exigences de l'article 455 du nouveau Code de procédure civile ;

3° qu'en retenant que " M. X... ne conteste pas que, dès le 27 juin 1990, il a opéré une offre de services auprès de la société Sapia, client quasi exclusif de la société Marquet, en vue de lui fournir des vérins ", la cour d'appel a dénaturé les conclusions d'appel de M. et Mme X... par lesquelles ceux-ci soutenaient, en termes clairs et précis, que la société Sapia avait eu elle-même l'idée d'utiliser les compétences de M. X... pour l'étude pratique des nouveaux produits qu'elle avait en projet et qu'elle avait " pris contact d'elle-même avec la SARL GEP 17 " en 1990 ; qu'elle a ainsi violé l'article 4 du nouveau Code de procédure civile ;

4° que la cour d'appel, qui n'a procédé à aucune analyse, même sommaire, du document intitulé " Chronologie des relations Sapia/Marquet ", établi le 26 novembre 1992 par la société Sapia, et de l'attestation de la société Sapia en date du 9 juin 1995, tous deux produits aux débats par M. et Mme X..., qui s'en prévalaient expressément dans leurs écritures d'appel, a derechef méconnu les exigences de l'article 455 du nouveau Code de procédure civile ;

5° qu'en décidant que les lettres et fax émanant de la société Sapia ou de ses clients et produits par M. et Mme X... n'établissaient pas le caractère de réitération généralisée de la défectuosité des livraisons de vérins opérées par la société Marquet auprès de la société Sapia, la cour d'appel a dénaturé ces éléments de preuve et ainsi violé l'article 1134 du Code civil ;

Mais attendu qu'après avoir relevé qu'après l'expiration de la clause de non-concurrence, l'acquéreur demeure fondé à se prévaloir de la garantie légale prévue par l'article 1626 du Code civil, l'arrêt retient que dès que la garantie conventionnelle est venue à expiration, M. X... s'est empressé de créer la société GEP 17, qu'il a offert ses services à la société Sapia, client quasi exclusif de la société Marquet, en vue de lui fournir des vérins, et qu'il lui en a facturés dès le 21 janvier 1991 en utilisant du reste les mêmes références commerciales que cette dernière ; que les juges ajoutent qu'il n'est pas établi que ce changement de politique d'approvisionnement de la société Sapia soit dû à la défectuosité alléguée du matériel fourni par la société Marquet, d'autant que le chiffre d'affaires de cette dernière avait connu une évolution favorable jusqu'à la création de la société GEP 17, sa régression étant concomitante à la captation progressive de la clientèle de la société Sapia, à qui la société GEP 17 a livré non seulement des vérins mais également des ressorts pneumatiques et des vérins précourses type " Savair " que la société Marquet avait créés ; qu'en l'état de ces constatations et énonciations déduites de son appréciation souveraine des éléments de preuve produits et comme telles exclusives de dénaturation, et d'où il ressort que les agissements reprochés avaient eu pour effet de permettre au cédant de reprendre la clientèle du fonds cédé, privant ainsi celui-ci de sa substance, la cour d'appel, qui n'était pas tenue de suivre les parties dans le détail de leur argumentation, a pu retenir une violation de la garantie légale d'éviction ; que le moyen n'est fondé en aucune de ses cinq branches ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi.

2/ - Sujet : Commentez l'arrêt suivant : **Cass. 3^{ème} civ., 15 févr. 2012, pourvoi n° 11-17.213**

Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 145-15 et L. 145-47 du code de commerce ;

Attendu que sont nuls et de nul effet, quelle qu'en soit la forme, les clauses, stipulations et arrangements qui ont pour effet de faire échec aux dispositions de l'article L. 145-47 ; que le locataire peut adjoindre à l'activité prévue au bail des activités connexes ou complémentaires ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Chambéry, 25 janvier 2011), que par acte du 19 février 1996, la société SEPI, aux droits de laquelle viennent les sociétés Autoplex Etrembières (la société Autoplex) et Arve Etrembières (la société Arve), a donné à bail à la société Midas France (la société Midas) des locaux commerciaux, la société Midas s'engageant à ne pas exercer l'activité de pneumatique et le bailleur lui garantissant l'exclusivité et la non-concurrence des activités de vente et pose de tous éléments concernant l'échappement et l'amortisseur autorisées par le bail; que par un second acte du même jour, intitulé contrat de concession d'emplacement commercial, la société Autoplex a mis à la disposition de la société Midas un emplacement commercial situé dans le même ensemble immobilier regroupant plusieurs activités dans le domaine automobile, la société Midas s'engageant à respecter son activité spécialisée dans le domaine de la réparation et du service automobile, cette spécialisation lui étant réservée en exclusivité, aucun autre occupant de l'ensemble immobilier n'étant autorisé par le concédant à l'exercer, la société Midas reconnaissant en contrepartie l'exclusivité des autres concurrents et s'interdisant de leur porter concurrence; que les sociétés Autoplex et Arve ayant refusé la demande d'extension de l'activité de la société preneuse à la vente, pose et réparation de pneumatiques, la société Midas les a assignées ;

Attendu que pour dire fondé le refus opposé par les bailleuses à la demande de déspecialisation présentée par la société Midas, l'arrêt relève que la volonté commune du bailleur/concédant et des preneurs/concessionnaires, lors de la signature des contrats, a été de garantir à chacun des exploitants l'exercice exclusif de l'activité autorisée par son bail et de lui interdire de concurrencer celle des autres, et retient que la société Midas ne peut, sans mauvaise foi ni faute de sa part, créer un déséquilibre entre les obligations et les droits de chacune des parties en violant l'engagement de non concurrence qu'elle a souscrit, dont les autres locataires sont parfaitement en droit d'exiger le respect et que, dans le contexte particulier, accepté par elle et dont elle bénéficie, de l'exercice par chacun des exploitants d'activités spécialisées et exclusives dans le cadre d'un centre dédié à l'automobile, elle ne saurait valablement qualifier de connexe ou complémentaire à la sienne l'activité de pneumatiques ;

Qu'en se fondant ainsi, non sur le caractère objectivement connexe ou complémentaire des activités dont l'adjonction était demandée, mais exclusivement sur la clause de non-concurrence figurant au bail liant les parties, alors qu'une telle clause ne peut avoir pour effet d'interdire au preneur de solliciter la déspecialisation partielle, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 25 janvier 2011, entre les parties, par la cour d'appel de Chambéry ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Grenoble ;



EXAMEN 2018-2019
CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

Licence 3^e Année

Cours de Mme Sandrine Biagini-Girard, maître de conférences en droit public

Pas de document autorisé. Durée 3 heures. Session 1

Vous commenterez :

Vu la requête, enregistrée le 21 octobre 2011 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée par la SARL PCRL EXPLOITATION représentée par son gérant, M. Patrice Loprieno, dont le siège est sis La Belle Eau, à Heurtevent (14140) ; la SARL PCRL EXPLOITATION demande au juge des référés du Conseil d'État :

1°) d'annuler l'ordonnance n° 1102094 du 20 octobre 2011 par laquelle le juge des référés du tribunal administratif de Caen, statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, a rejeté sa demande tendant à ce que soit suspendue l'exécution de l'arrêté du 5 octobre 2011 par lequel le préfet du Calvados a prononcé la fermeture administrative de la discothèque « Le Margouillat » qu'elle exploite à Heurtevent, pour la durée d'un mois à compter de la date de notification de cet arrêté ;

2°) de faire droit à ses conclusions de première instance ;

3°) de mettre à la charge de l'État le versement de la somme de 3 000 € au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

Elle soutient, d'une part, que, contrairement à ce qu'a estimé le premier juge, la condition d'urgence est remplie ; que le préjudice économique causé par

l'exécution de l'arrêté est important et difficilement réparable, d'autant plus que le mois de fermeture correspond à une période de forte fréquentation ; d'autre part, que la mesure préfectorale porte une atteinte grave et manifestement illégale à la liberté d'entreprendre et à la liberté du commerce et de l'industrie ; qu'elle est, en effet, entachée de plusieurs illégalités manifestes ; qu'en l'absence d'urgence justifiant qu'il soit dérogé à l'article 24 de la loi du 12 avril 2000, le préfet du Calvados l'a illégalement privée des garanties qui y sont prévues ; que les accidents et infractions à la sécurité routière relevés par le préfet du Calvados pour fonder son arrêté sont sans lien avec les conditions d'exploitation de son établissement et ne révèlent l'existence d'aucune atteinte à l'ordre public de nature à justifier la fermeture de la discothèque ;

Vu l'ordonnance attaquée ;

Vu le mémoire en défense, enregistré le 26 octobre 2011, présenté par le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration, qui conclut au rejet de la requête ; il soutient que c'est à bon droit que le juge des référés du tribunal administratif de Caen a jugé que la condition d'urgence n'était pas remplie, la perte d'exploitation étant purement hypothétique et l'arrêté attaqué ayant déjà reçu en grande partie exécution à la date à laquelle le juge de première instance a statué ; que, compte tenu de la gravité et de la persistance des comportements à risque des clients qui fréquentent la discothèque, qui révèlent une atteinte

à l'ordre public, le préfet du Calvados n'a pas porté une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale en prenant l'arrêté de fermeture sur le fondement de l'article L. 3332-15 2° ; que le préfet du Calvados pouvait se dispenser de respecter les garanties de procédure prévues à l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 en raison de l'existence d'une situation d'urgence ;

Vu le mémoire en réplique, enregistré le 26 octobre 2011, présenté par la SARL PCRL EXPLOITATION qui reprend les conclusions et moyens de sa requête ; elle soutient, en outre, que l'exploitation de son établissement n'engendre pas davantage de risques pour la sécurité routière que celle de tout autre débit de boisson ; qu'elle a, au contraire, mis en oeuvre un certain nombre de mesures pour réduire les risques d'accidents liés à l'alcool ; que c'est l'accident du 25 septembre 2011, dont les clients de la discothèque furent les victimes et non les responsables, qui est l'élément déclencheur de la mesure de fermeture ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de justice administrative ;

Après avoir convoqué à une audience publique, d'une part, la SARL PCRL EXPLOITATION et, d'autre part, le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration ;

Vu le procès-verbal de l'audience publique du mercredi 26 octobre 2011 à 17 heures au cours de laquelle ont été entendus :

- Me de Nervo, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, avocat de la SARL PCRL EXPLOITATION ;

- le représentant de la SARL PCRL EXPLOITATION ;

- le représentant du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration ;

Considérant qu'aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative : « Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires

à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures. » ;

Considérant qu'aux termes de l'article L. 3332-15 du code de la santé publique : « (...) 2. En cas d'atteinte à l'ordre public, à la santé, à la tranquillité ou à la moralité publiques, la fermeture (des débits de boisson) peut être ordonnée par le représentant de l'État dans le département pour une durée n'excédant pas deux mois (...) 3. Les crimes et délits ou les atteintes à l'ordre public pouvant justifier les fermetures prévues au 2 et au 3 doivent être en relation avec la fréquentation de l'établissement ou ses conditions d'exploitation. (...) 5. Les mesures prises en application du présent article sont soumises aux dispositions de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public ainsi qu'aux dispositions de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. » ;

Considérant que la SARL PCRL EXPLOITATION a introduit, sur le fondement des dispositions précitées de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, une demande de suspension de l'exécution de l'arrêté du 5 octobre 2011 par lequel le préfet du Calvados a prononcé la fermeture administrative de la discothèque « Le Margouillat » qu'elle exploite à Heurtevent, pour une durée d'un mois ; que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif de Caen a rejeté ses conclusions pour défaut d'urgence ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction, et notamment des documents comptables fournis tant en première instance qu'en appel, que la discothèque, qui n'ouvre que les soirées de week-end et veilles de jours fériés, réalise une part importante de son chiffre d'affaires annuel aux mois d'octobre et de novembre ; que l'arrêté litigieux prive la société requérante du chiffre d'affaires qu'elle aurait normalement réalisé

pendant cinq week-end consécutifs ; que, compte tenu des charges fixes qui pèsent sur la SARL PCRL EXPLOITATION et de l'obligation de rémunérer ses quatorze employés durant la période de fermeture administrative, l'arrêté du 5 octobre 2011 entraîne des conséquences économiques difficilement réparables ; qu'alors même que la mesure litigieuse ne prive, à ce jour, la discothèque que de deux week-end d'activité, il résulte de l'instruction que la perte des bénéfices escomptés à l'occasion de deux spectacles prévus les 29 octobre et 5 novembre prochains et de la soirée organisée pour fêter « Halloween » menace à brève échéance son équilibre financier ; qu'il résulte de ce qui précède que la société requérante est fondée à soutenir que c'est à tort que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés a rejeté ses conclusions au motif que les conséquences économiques et financières de l'arrêté litigieux ne caractérisaient pas une situation d'urgence au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative ;

Considérant toutefois, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction qu'à la suite d'un accident de circulation ayant entraîné, à proximité de l'établissement, le 25 septembre 2011, la mort de deux personnes, le préfet du Calvados a demandé aux services de la gendarmerie de lui faire rapport des accidents et infractions à la sécurité routière constatés aux abords de la discothèque ; qu'il résulte de ce rapport, remis le 30 septembre 2011, que, depuis le mois de mai 2008, les accidents de la circulation routière survenus à proximité de la discothèque ont entraîné six décès et cinq blessés ; qu'en outre, depuis le début de l'année 2011, quarante-cinq procédures de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ont été établies par la gendarmerie aux abords de l'établissement ; que, dans ces conditions, et alors même qu'il n'est pas contesté que le gérant de la discothèque, qui a repris l'exploitation de l'établissement en janvier 2010, a pris un certain nombre de mesures de nature à diminuer le risque d'accidents de la route, le préfet du Calvados, en estimant que ces circonstances révélaient une atteinte à l'ordre public en relation avec la fréquentation de la discothèque « Le Margouillat » et en prononçant, pour ce motif, sa fermeture pour une durée d'un mois, n'a pas porté d'atteinte manifestement illégale aux libertés

d'entreprendre et du commerce et d'industrie qui constituent des libertés fondamentales ;

Considérant, en second lieu, que le préfet du Calvados a estimé que l'exception prévue, en cas d'urgence, à l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 pouvait lui permettre de prendre l'arrêté litigieux sans que ne soient respectées les garanties prévues à cet article ; que, si l'existence d'une urgence à intervenir, sans mettre préalablement le gérant de la société requérante à même de faire valoir ses observations, n'est pas établie en l'état de l'instruction, l'application que le préfet du Calvados a faite de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000, auquel renvoie le 5 de l'article L. 3332-15 du code de la santé publique précité, n'est, en tout état de cause, pas entachée d'une illégalité manifeste ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la SARL PCRL EXPLOITATION n'est pas fondée à se plaindre du rejet de sa demande par le juge des référés du tribunal administratif de Caen ;

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant que les dispositions de cet article font obstacle à ce que soit mis à la charge de l'État, qui n'est pas dans la présente instance la partie perdante, le versement de la somme de 3 000 € réclamé par la société requérante au titre des frais exposés par elle et non compris dans les dépens ;

Ordonne :

Article 1er : La requête de la SARL PCRL EXPLOITATION est rejetée.

Article 2 : La présente ordonnance sera notifiée à la SARL PCRL EXPLOITATION et au ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration.



EXAMEN 2018-2019

LIBERTES PUBLIQUES

Licence 3^e Année

Cours de Mme Sandrine Biagini-Girard, maître de conférences en droit public

Pas de document autorisé. Durée 1 heure. Session 1.

Vous répondrez aux questions suivantes :

1) L'indépendance du parquet. 10 points

2) La PMA ouverte aux femmes homosexuelles ou seules. Est-ce possible juridiquement. Justifiez votre réponse. 10 points.

DROIT FISCAL GENERAL

Durée : 1h

Semestre :

Semestre 5

Session :

1

Marthe Le Moigne

Documents autorisés :

- Constitution
- Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme)
- Code général des impôts
- Livre des procédures fiscales

Versions autorisées :

- code annoté et non commenté
- « texte brut » issu de legifrance - document complet ou extraits-

DROIT FISCAL GENERAL

Vous traiterez l'un des deux sujets suivants :

1/ Sujet 1 : L'assiette de l'impôt

ou

2/ Sujet 2 : Les sanctions fiscales



LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT :

Durée : 5h

3ième année LICENCE Droit

Semestre : semestre 5

Nom de l'enseignant : H. KERJEAN

Session : 1ERE session

Document autorisé (DOSSIER JOINT)

NOTE DE SYNTHÈSE

Sujet :

Dans le cadre de sa démarche « qualité des relations avec les usagers », le centre hospitalier universitaire de la ville de X a eu connaissance de remarques exprimées par les patients et leur famille concernant le manque d'échange avec le corps médical.

Dans un souci de qualité de service tout autant que de sécurité juridique, le directeur de cet établissement souhaite que le CHU soit exemplaire dans ce domaine. Il souhaite dans cet objectif diffuser un document d'information et de rappel des obligations et bonnes pratiques à l'ensemble du personnel médical. En tant que chef du service juridique, il vous demande de rédiger une note sur le droit à l'information des usagers du système de santé et ses modalités d'application qui servira de base à l'élaboration de ce document de communication interne. Afin de permettre au corps médical de mesurer les enjeux et les risques dans ce domaine.

Dossier joint : 23 documents (60 pages)

Sommaire

Document 1 : Code civil (extraits)	<i>4 pages</i>
Document 2 : Code de la santé publique (extraits)	<i>10 pages</i>
Document 3 : Exposé des motifs projet de loi « droits des malades » (extrait 5 sept 2001)	<i>4 pages</i>
Document 4 : Exposé des motifs du projet de loi relatif à la santé (extrait 15 oct 2014)	<i>2 pages</i>
Document 5 : Cour administrative d'Appel de Nantes, 21 février 2013	<i>3 pages</i>
Document 6 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 9 octobre 2001	<i>1 page</i>
Document 7 : Commission des usagers de la santé- site internet ARS	<i>2 pages</i>
Document 8 : Label régional 2018 « droits des usagers de la santé »	<i>1 page</i>
Document 9 : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades » (extraits)	<i>1 page</i>
Document 10 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 3 juin 2010	<i>2 pages</i>
Document 11 : Livret d'accueil des établissements de santé	<i>4 pages</i>
Document 12 : Code de déontologie- commentaires de l'ordre des médecins	<i>4 pages</i>
Document 13 : Cour de cassation, 12 juin 2012-commentaire S. Hocquet-Berg	<i>2 pages</i>
Document 14 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 26 septembre 2012	<i>1 page</i>
Document 15 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 16 janvier 2013	<i>1 page</i>
Document 16 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000	<i>4 pages</i>
Document 17 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000	<i>2 pages</i>
Document 18 : Conseil d'État, 19 mai 2004. Notion de perte de chance	<i>1 page</i>
Document 19 : Conseil d'État, 30 mars 2009	<i>1 page</i>
Document 20 : Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie-2013	<i>5 pages</i>
Document 21 : Conseil d'État, 28 juillet 2011	<i>2 pages</i>
Document 22 : Conseil d'État, 24 septembre 2012	<i>2 pages</i>
Document 23 : Conseil d'État, 10 oct 2012. Responsabilité civile et assurances.	<i>1 page</i>

Document 1 : Code civil (extraits)

Code civil

- Livre Ier : Des personnes
 - Titre IX : De l'autorité parentale
 - Chapitre Ier : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant

Article 371

L'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère.

Article 371-1

Modifié par LOI n°2013-404 du 17 mai 2013 - art. 13

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Article 371-2

Chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant.

Cette obligation ne cesse pas de plein droit lorsque l'enfant est majeur.

Article 371-3

L'enfant ne peut, sans permission des père et mère, quitter la maison familiale et il ne peut en être retiré que dans les cas de nécessité que détermine la loi.

Section 1 : De l'exercice de l'autorité parentale

Paragraphe 1 : Principes généraux.

Article 372

Modifié par LOI n°2016-1547 du 18 novembre 2016 - art. 16

Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.

Toutefois, lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un d'entre eux plus d'un an après la naissance d'un enfant dont la filiation est déjà établie à l'égard de l'autre, celui-ci reste seul investi de l'exercice de l'autorité parentale. Il en est de même lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard du second parent de l'enfant.

L'autorité parentale pourra néanmoins être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère adressée au directeur des services de greffe judiciaires du tribunal de grande instance ou sur décision du juge aux affaires familiales.

Article 372-2

A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.

Article 373

Est privé de l'exercice de l'autorité parentale le père ou la mère qui est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause.

Article 373-1

Si l'un des père et mère décède ou se trouve privé de l'exercice de l'autorité parentale, l'autre exerce seul cette autorité.

Section 2 : De l'assistance éducative

Article 375

Modifié par LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 28

Modifié par LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 30

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel.

Elles peuvent être ordonnées en même temps pour plusieurs enfants relevant de la même autorité parentale.

La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse excéder deux ans. La mesure peut être renouvelée par décision motivée.

Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement, ou tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans, au juge des enfants.

Titre XI : De la majorité et des majeurs protégés par la loi

Chapitre Ier : Des dispositions générales

Section 2 : Des dispositions communes aux majeurs protégés

Article 415

Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire selon les modalités prévues au présent titre.

Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne.

Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci.

Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique.

- Chapitre II : Des mesures de protection juridique des majeurs
 - Section 4 : De la curatelle et de la tutelle

Sous-section 4 : Des effets de la curatelle et de la tutelle quant à la protection de la personne

- Article 457-1

La personne protégée reçoit de la personne chargée de sa protection, selon des modalités adaptées à son état et sans préjudice des informations que les tiers sont tenus de lui dispenser en vertu de la loi, toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part.

Article 458

Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée.

Sont réputés strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant.

Article 459 En savoir plus sur cet article...

Modifié par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 116

Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la

personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

Article 459-1

L'application de la présente sous-section ne peut avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles prévoyant l'intervention d'un représentant légal.

Toutefois, lorsque la mesure a été confiée à une personne ou un service préposé d'un établissement de santé ou d'un établissement social ou médico-social dans les conditions prévues à l'[article 451](#), et que cette personne ou ce service doit soit prendre une décision nécessitant l'autorisation du juge ou du conseil de famille en application du troisième alinéa de l'[article 459](#), soit accomplir au bénéfice de la personne protégée une diligence ou un acte pour lequel le code de la santé publique prévoit l'intervention du juge, ce dernier peut décider, s'il estime qu'il existe un conflit d'intérêts, d'en confier la charge au subrogé curateur ou au subrogé tuteur, s'il a été nommé, et à défaut à un curateur ou à un tuteur ad hoc.

Document 2 : Code de la santé publique (extraits)

Partie législative

- Première partie : Protection générale de la santé
 - Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé
 - Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé
 - Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté
 - Section 1 : Principes généraux

Article L1111-1

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

Article L1111-1-1 En savoir plus sur cet article...

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 88

Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées.

Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé.

Article L1111-2

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7

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. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficiaire de l'une de ces formes de prise en charge. 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 articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. 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.

Article L1111-3

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Cette information est gratuite.

Article L1111-3-1

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 94

Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

Article L1111-3-2

Modifié par Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 - art. 9

I.-L'information est délivrée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les centres de santé :

1° Par affichage dans les lieux de réception des patients ;

2° Par devis préalable au-delà d'un certain montant.

S'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

II.-Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, le devis normalisé comprend de manière dissociée le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé et le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Le professionnel de santé remet par ailleurs au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, en se fondant le cas échéant sur les éléments fournis par un prestataire de services ou un fournisseur.

III.-Les informations mises en ligne par les établissements de santé en application du dernier alinéa du I peuvent être reprises sur le site internet de la Caisse nationale de l'assurance maladie et plus généralement par le service public mentionné à l'article L. 1111-1.

Article L1111-3-3

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Les modalités particulières d'application de l'article L. 113-3 du code de la consommation aux prestations de santé relevant de l'article L. 1111-3, du I et du second alinéa du II de l'article L. 1111-3-2 du présent code en ce qui concerne l'affichage, la présentation, les éléments obligatoires et le montant au-delà duquel un devis est établi ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux délivrés sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

Le devis normalisé prévu au premier alinéa du II de l'article L. 1111-3-2 est défini par un accord conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. A défaut d'accord, un devis type est défini par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

Article L1111-3-4

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ne peuvent facturer au patient que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées.

Les professionnels de santé liés par l'une des conventions mentionnés à l'article L. 162-14-1 dudit code et les services de santé liés par une convention avec un organisme national ou local assurant la gestion des prestations maladie et maternité des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne peuvent facturer que les frais correspondant à la prestation de soins assurée et ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins.

Article L1111-3-5

Modifié par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art. 17

Les manquements aux obligations prévues aux articles L. 1111-3, L. 1111-3-2, L. 1111-3-3 et L. 1111-3-4 du présent code sont recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans les conditions définies à l'article L. 511-7 du code de la consommation.

Ces manquements sont passibles d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. L'amende est prononcée dans les conditions prévues au chapitre II du titre II du livre V du code de la consommation.

Article L1111-3-6

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Lors de sa prise en charge, le patient est informé par le professionnel de santé ou par l'établissement de santé, le service de santé, l'un des organismes mentionnés à l'article L. 1142-1 ou toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins l'employant, que ce professionnel ou cette personne remplit les conditions légales d'exercice définies au présent code.

Le patient est également informé par ces mêmes professionnels ou personnes du respect de l'obligation d'assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée dans le cadre des activités prévues au même article L. 1142-1.

Article L1111-4

Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale

mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L1111-5

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Article L1111-5-1

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Article L1111-6

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Article L1111-7

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides qui sont formalisées 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, feuilles 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. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou

à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

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 Ier 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 aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1, 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, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V 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.

NOTA :

Conformément aux dispositions du I de l'article 3 de l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018, ces dispositions entrent en vigueur à compter de l'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 6323-1-15 du code de la santé publique et au plus tard le 1er avril 2018, sous réserve des dispositions des II et III dudit article 3.

Article L1111-8

Modifié par Ordonnance n°2017-27 du 12 janvier 2017 - art. 1

I.-Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement dans les conditions prévues au présent article.

L'hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou numérique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime.

La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat.

II.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I sur support numérique est titulaire d'un certificat de conformité. S'il conserve des données dans le cadre d'un service d'archivage électronique, il est soumis aux dispositions du III.

Ce certificat est délivré par des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou l'instance nationale d'accréditation d'un autre Etat membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

Les conditions de délivrance de ce certificat sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

III.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I est agréé par le ministre chargé de la culture pour la conservation de ces données sur support papier ou sur support numérique dans le cadre d'un service d'archivage électronique.

Les conditions d'agrément sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par les articles L. 121-1, L. 121-2 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

IV.-La nature des prestations d'hébergement mentionnées aux II et III, les rôles et responsabilités de l'hébergeur et des personnes physiques ou morales pour le compte desquelles les données de santé à caractère personnel sont conservées, ainsi que les stipulations devant figurer dans le contrat mentionné au I sont précisés par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

V.-L'accès aux données ayant fait l'objet d'un hébergement s'effectue selon les modalités fixées dans le contrat dans le respect des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

Les hébergeurs ne peuvent utiliser les données qui leur sont confiées à d'autres fins que l'exécution de la prestation d'hébergement. Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données aux personnes qui les lui ont confiées, sans en garder de copie. Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreints au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

VII.-Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal.

NOTA :

Conformément au I de l'article 3 de l'ordonnance n° 2017-27 du 12 janvier 2017, ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2019

Partie réglementaire

- Quatrième partie : Professions de santé
 - Livre Ier : Professions médicales
 - Titre II : Organisation des professions médicales
 - Chapitre VII : Déontologie
 - Section 1 : Code de déontologie médicale
 - Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins.

Article R4127-1

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 1

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article R. 4127-88.

Conformément à l'article L. 4122-1, l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

Article R4127-2

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article R4127-35

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2

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. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article R4127-36

Modifié par Décret n°2016-1066 du 3 août 2016 - art. 1

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42.

Article R4127-42

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Article R4127-45

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2

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.

Article R4127-46

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2

Lorsqu'un patient demande à avoir accès à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci remplit cette mission en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuse en cas de conflit d'intérêts.

Document 3 :

Exposé des motifs du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 septembre 2001 (extrait))

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi s'inscrit dans le cadre de la politique suivie par le Gouvernement visant à démocratiser le fonctionnement du système de santé et à améliorer sa qualité. Il complète et conforte les réformes intervenues récemment dans ce domaine : renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, lutte contre les exclusions, couverture maladie universelle qui assure la gratuité des soins pour les personnes les plus démunies, droit des personnes malades d'accéder à des soins palliatifs.

La préparation de ce texte a été annoncée par le Premier ministre lors de la clôture des Etats généraux de la santé qui se sont déroulés de l'automne 1998 à fin juin 1999 et qui ont mobilisé un grand nombre de participants sur des questions de fond touchant la santé des citoyens et le fonctionnement du système de santé. Les quelque mille réunions qui ont été organisées dans ce cadre ont montré une forte demande du public, et notamment des associations de malades et d'usagers, en faveur d'une médecine plus humaine et d'une politique de santé plus complète et plus globale. C'est pour répondre à cette demande qu'un groupe de travail, présidé par M. Etienne CANIARD, a été formé sur la place des usagers dans le système de santé. Le rapport de ce groupe de travail, rendu en mars 2000, insiste sur la nécessité de donner une place à l'expression des usagers au niveau national, au niveau régional et dans les établissements de santé, de permettre aux usagers d'être partie prenante dans les orientations de la politique de santé et de favoriser le débat public et l'information des citoyens.

Les conclusions des Etats généraux de la santé et celles du rapport du groupe de travail, ainsi que les réflexions engagées par les pouvoirs publics sur d'autres aspects du fonctionnement du système de santé ont servi de base à la rédaction du présent projet de loi, qui répond aux attentes légitimes des malades et de la population, notamment en définissant les conditions d'un équilibre harmonieux des responsabilités entre les usagers, les professionnels, les institutions sanitaires et l'Etat. Ce texte a pour objectifs de développer la démocratie sanitaire (titre I^{er}), d'améliorer la qualité du système de santé (titre II) et de mieux réparer les risques sanitaires (titre III). Il a fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des représentants des usagers et des professionnels.

CHAPITRE II- Droits des usagers

Ce chapitre vise à tirer les conséquences de l'évolution de la relation entre malade et médecin dans notre société. Cette évolution est souhaitée tant par les malades et leurs associations que par les professionnels de santé eux-mêmes. La notion de patient au sens de personne passive soumise aux décisions médicales doit être dépassée. La relation repose davantage sur la responsabilité, faisant du malade un véritable acteur de sa santé, partenaire des professionnels. Une relation plus équilibrée doit s'établir entre le professionnel de santé et le malade.

Cette place nouvelle dévolue au malade nécessite qu'il soit bien informé afin de pouvoir se prendre en charge en pleine autonomie.

Il s'agit de donner à l'usager tous les moyens d'exprimer sa volonté afin qu'il puisse élaborer sa propre décision.

Article 6 (information des usagers du système de santé et expression de leur volonté)

L'article 6 du projet de loi modifie l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, désormais consacré à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté. Il y insère de nouveaux articles L. 1111-1 à L. 1111-6.

Le consentement libre et éclairé a pour condition nécessaire l'information : celle-ci est l'objet de **l'article L. 1111-1** nouveau.

Le droit à l'information est déjà prévu dans plusieurs textes traitant de situations spécifiques, par exemple s'agissant du prélèvement d'organes, des recherches biomédicales ou des obligations d'information applicables aux praticiens hospitaliers. Dans le code de déontologie médicale, le principe est affirmé en tant que devoir du médecin. Mais le droit à l'information relève d'un principe général qui se doit d'être consacré dans le code de la santé publique.

L'article prévoit donc tout d'abord un droit général pour toute personne à être informée par les professionnels de santé sur son état de santé et aussi sur les soins qui lui sont proposés, sur leurs conséquences et les risques éventuels qu'ils comportent mais également sur les solutions alternatives et sur les conséquences éventuelles d'un refus de sa part.

L'objectif est de lui permettre de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation et à éclairer sa prise de décision, afin qu'elle soit en mesure de consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et traitements envisagés à son égard.

L'obligation d'information est également prescrite lorsque les risques liés à des actes de soins ou de préventions sont identifiés postérieurement à la réalisation de ces actes.

Parallèlement, le projet de loi préserve la volonté du malade de ne pas être informé : ce principe du droit de ne pas savoir, posé notamment dans la Convention européenne sur la biomédecine, est le corollaire du droit de savoir. Une exception est prévue lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission, par exemple infectieuse ou génétique : dans ce cas, il faut que le malade puisse exercer sa responsabilité vis-à-vis d'autrui.

Des dispositions spécifiques sont prévues pour les mineurs et majeurs sous tutelle qui, outre les dispositions légales relatives à l'autorité parentale ou à la tutelle, doivent recevoir une information adaptée.

Afin de guider les professionnels dans l'exercice de cette mission, des références professionnelles doivent être définies par l'ANAES.

Enfin le projet consacre la solution jurisprudentielle du problème de la charge de la preuve en précisant qu'elle incombe aux professionnels de santé ; cette preuve peut être apportée par tout moyen : il ne s'agit en aucun cas de systématiser la pratique consistant à remettre un document écrit, même si l'écrit peut, dans certaines circonstances, apporter au malade un complément utile aux informations délivrées dans le cadre du colloque singulier.

Le droit à l'information porte également sur les coûts occasionnés par les soins, qu'il s'agisse des frais incombant à la personne elle-même ou des modalités habituelles de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie : tel est l'objet de **l'article L. 1111-2** nouveau.

L'article L. 1111-3 nouveau concerne le consentement. Il vise, en renforçant le droit au consentement libre et éclairé, à lever les ambiguïtés qui ont pu marquer cette notion au cours de son histoire, en passant d'une acceptation passive par la personne malade d'une décision médicale à une véritable expression de sa volonté. Le consentement devient ainsi l'instrument privilégié de l'autonomie de la personne.

Des dispositions sur le consentement existent déjà dans des textes de nature différente : la Convention

européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine consacre un chapitre entier au consentement ; le code de déontologie médicale lui fait une place privilégiée, mais il s'agit toutefois dans ce cadre davantage d'un devoir du médecin que d'un droit du malade ; la charte du patient hospitalisé rappelle également l'importance de ce principe. La loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales en a fait une pierre angulaire de son dispositif. Une des lois de bioéthique du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a introduit dans le code civil l'obligation de recueillir le consentement de la personne préalablement à toute intervention thérapeutique. Les conséquences de ce principe du consentement sont ensuite tirées dans l'ensemble des dispositions du code de la santé publique relatives à la bioéthique (assistance médicale à la procréation, don d'organe, médecine prédictive...).

Le texte consacre sur un plan général l'évolution précitée des relations entre malade et médecin en posant le principe que la personne prend les décisions concernant sa santé, compte tenu des informations que lui donnent les professionnels de santé et des choix qu'ils préconisent.

Il fixe les éléments de la notion de consentement éclairé comme manifestation de la volonté et de la responsabilité de la personne.

Le droit de refuser des soins fait l'objet de précisions, notamment sur l'obligation faite au médecin d'informer le malade des conséquences de son choix qui doit en tout état de cause être respecté.

Le souci de privilégier dans toute la mesure du possible la recherche du consentement inspire également la disposition du projet, proche de celle existant dans le code de déontologie médicale, subordonnant toute intervention ou investigation devant être effectuée sur une personne se trouvant dans l'incapacité de s'exprimer à la consultation d'un tiers susceptible d'éclairer l'équipe médicale sur la volonté du malade : personne de confiance (instituée par **l'article L. 1111-5**), famille ou membre de l'entourage direct. Seule l'urgence ou l'impossibilité de joindre ces tiers peut justifier que cette obligation ne soit pas respectée.

Sans préjudice des règles habituelles relatives à l'autorité parentale et à la représentation légale, des dispositions spécifiques sont également prévues pour les mineurs et les majeurs sous tutelle afin de sauvegarder, de façon adaptée à leur situation, leur droit de participer aux décisions les concernant. Il s'agit de l'application de principes généraux exprimés notamment par la Convention de New York sur les droits de l'enfant.

Enfin, cet article précise que l'examen de la personne dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement : cette exigence est l'application du respect de la dignité de la personne dans des situations où cette exigence de respect n'a pas toujours été suffisamment perçue. Il est également prévu qu'un tel enseignement, comportant l'examen de malades, intègre une information sur l'obligation de respecter les droits des malades.

L'article L. 1111-4 nouveau vise en premier lieu à apporter une réponse à certaines situations rares mais qui peuvent entraîner des difficultés graves dans la prise en charge des adolescents. Aussi, par dérogation aux règles du code civil, lorsqu'un mineur désire garder le secret quant à sa santé à l'égard de ses parents, le médecin peut, après avoir tenté de le convaincre d'informer ses parents et de recueillir leur consentement, intervenir sans consentement parental pour sauvegarder la santé du mineur, c'est-à-dire en fait lorsque l'absence de soins risquerait d'entraîner des conséquences graves pour la santé du malade. Le consentement du mineur est bien sûr requis et l'accompagnement par une personne référente majeure est recherché.

Ce projet est également l'occasion de mettre en cohérence les dispositions relatives aux mineurs et celles de la loi relative à la couverture maladie universelle (CMU) concernant les mineurs de plus de

seize ans. Ces derniers, lorsqu'ils sont en rupture avec leur famille, peuvent en effet bénéficier personnellement de la CMU et de la protection complémentaire en matière de santé. Dès lors qu'ils ont acquis leur totale autonomie au niveau de la prise en charge sociale, il convient de leur accorder l'autonomie en ce qui concerne le consentement.

L'article L. 1111-5 nouveau prend en compte les situations dans lesquelles la personne malade se trouve hors d'état d'exprimer son consentement. Afin de préserver son droit, le projet lui ouvre la possibilité de désigner au préalable une personne de confiance, habilitée à être informée et consultée dans une telle situation, et plus généralement, à l'accompagner dans son parcours au sein du système de santé. Il prévoit que lors d'une hospitalisation, la désignation de la personne de confiance est proposée au malade : elle pourrait s'effectuer lors des formalités d'admission.

L'article L. 1111-6 nouveau traite de l'accès de toute personne aux informations médicales détenues par des professionnels ou établissements de santé : il s'agit notamment du dossier médical. D'ores et déjà, des textes divers précisent les conditions de la communication aux personnes d'informations médicales les concernant, dans différentes circonstances : loi hospitalière (actuel article L. 1112-1 du code de la santé publique) s'agissant des dossiers médicaux dans les établissements de santé, loi « informatique et libertés » s'agissant des informations contenues dans des fichiers, règles d'accès aux documents administratifs s'agissant de documents détenus par des administrations publiques.

Tous ces textes ont en commun de prévoir que la communication à la personne intéressée des informations ou des documents à caractère médical la concernant se fait par l'intermédiaire d'un médecin désigné par elle.

Le droit d'accès direct est une des revendications fortes des malades et des usagers depuis un certain nombre d'années, exprimée notamment au cours des états généraux de la santé. Il s'agit de consacrer, de façon générale, un droit d'accès de la personne aux informations qui ont été recueillies et formalisées concernant sa santé : comptes rendus divers, résultats d'examens, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels. Ces informations peuvent prendre des formes diverses : documents de toute sorte, dossiers, fichiers informatiques. Le texte a une portée générale.

Le texte préserve toutefois la confidentialité des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers autres que les professionnels participant à la prise en charge du malade : les membres de la famille ou de l'entourage du malade, par exemple, peuvent avoir fait des confidences au médecin, qui sont couvertes par le secret médical.

Une fois supprimée la médiation obligatoire par un médecin, qui visait à protéger le malade contre les effets de la découverte brutale d'informations, qui peuvent être d'autant plus traumatisantes que leur technicité peut donner lieu à des interprétations erronées, il est apparu nécessaire de prévoir des modalités qui limitent ces risques, en particulier l'accompagnement par une tierce personne -recommandé mais, sauf exception, non imposé-. Une procédure particulière est prévue pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, qui nécessitent une protection spécifique.

De même, s'agissant des mineurs, il peut être opportun, dans certaines situations familiales difficiles qu'ait lieu, si le mineur le souhaite, la médiation par un médecin lorsque les titulaires de l'autorité parentale accèdent au dossier.

Le dossier des personnes décédées est couvert par le secret médical : l'accès de leurs ayants droit aux informations les concernant obéit aux règles définies dans l'article L. 1110-4 nouveau créé par l'article 2.

Document 4

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014.

PROJET DE LOI *relatif à la santé*,

Chapitre IV – Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Le chapitre IV du titre II vise à améliorer l'information de nos concitoyens sur les sujets de santé. L'amélioration de l'accès de tous les Français à l'information en santé est un outil puissant de réduction des inégalités ainsi qu'une exigence de démocratie sanitaire. C'est aussi le moyen d'aider nos concitoyens à mieux maîtriser les enjeux de leur prise en charge, pour qu'ils en deviennent des acteurs éclairés.

Article 21 : cet article prévoit la mise en œuvre d'un service public d'information en santé, dans le droit fil des réalisations récentes que sont la base de données publique sur le médicament ou la base de données publique Transparence-Santé, qui rend accessible l'ensemble des informations déclarées par les entreprises sur les liens d'intérêts qu'elles entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé.

Les inégalités d'accès à l'information sont déterminantes en matière de santé car elles influent directement sur les comportements à risque, les conduites addictives, l'orientation dans le système de santé et l'efficacité de la prise en charge médicale. Dans un contexte où le patient est de plus en plus acteur de sa propre prise en charge et où l'accès à l'information publique de santé est à la fois limité et inégalitaire, il est de la responsabilité de la puissance publique d'organiser un véritable service public d'information global sur la santé, de la prévention à l'orientation dans le système.

Le service public d'information en santé prendra la forme d'une plate-forme multimédia (web mobile, téléphonique...) facilement accessible et à jour. En offrant des informations relatives à l'orientation dans le système sanitaire et médico-social, il réduira la complexité du système de santé et contribuera à améliorer les prises en charge tout en soutenant les médecins traitants, sur qui reposent aujourd'hui les attentes considérables des patients en la matière. Il sera mis en place au niveau national et au niveau régional via les agences régionales de santé.

Article 22 : cet article propose l'expérimentation de dispositifs d'accompagnement des patients.

Le constat de l'insuffisante coordination des parcours de santé fait apparaître, en miroir, la nécessité de mieux accompagner le patient dans l'exercice ou la reconquête de son autonomie, en particulier lorsqu'il est affecté par la maladie chronique ou particulièrement exposé.

Ainsi que plusieurs initiatives associatives l'ont montré, l'accompagnement par des tiers aide les malades à faire face à la charge d'une maladie chronique ou évolutive. La loi introduit la possibilité d'expérimenter, par la voie de conventions signées entre l'agence régionale de santé (ARS) et des

acteurs volontaires (associations, collectivités locales, etc.) dans le cadre d'un cahier des charges arrêté au niveau national, des actions destinées à accompagner les patients par tous moyens et notamment en leur dispensant informations, conseils, soutien et formation.

Article 23 : cet article met en œuvre un dispositif d'information du patient sur les coûts de son hospitalisation.

Le montant total des frais engendrés par sa prise en charge en établissement de santé, incluant le montant assumé par l'assurance-maladie obligatoire, le montant couvert par les organismes complémentaires et le reste à la charge du patient, est aujourd'hui souvent méconnu de ce dernier, faute d'une information claire délivrée par l'établissement, que ce soit pour les hospitalisations, dans le cas d'une consultation externe ou d'un passage aux urgences.

Cet article rend obligatoire, pour tout établissement de santé, la délivrance systématique au patient lors de sa sortie d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et hors soins, comportant en particulier toutes les prestations annexes et la répartition des parts obligatoires, complémentaires et particulières.

Il s'agit dans une visée pédagogique de favoriser une meilleure compréhension par le patient de l'engagement de la solidarité nationale par l'assurance-maladie obligatoire pour prendre en charge le coût de sa venue à l'hôpital.

Document 5 : Cour Administrative d'Appel de Nantes, 21 février 2013

1. Considérant que Mme A..., née en 1956, a présenté à partir de 2003 une volumineuse hernie discale calcifiée entre les vertèbres dorsales 8 et 9, responsable d'une compression médullaire rendant l'intervention chirurgicale nécessaire ; qu'une exérèse de cette hernie a été tentée le 19 janvier 2004 par le docteur Lioret, praticien du centre hospitalier régional universitaire de Tours, qui, en raison des risques d'agression médullaire supplémentaire, a décidé de ne pas pousser plus avant la résection envisagée ; qu'à son réveil, Mme A... présentait une paraplégie complète des membres inférieurs qui a régressé partiellement après plusieurs mois de rééducation ; que la cure de la hernie a ensuite été réalisée le 3 décembre 2004 au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière à Paris ; que, malgré de longues périodes de rééducation, Mme A... reste atteinte d'un déficit moteur rendant nécessaire l'utilisation de cannes anglaises pour ses déplacements ; qu'estimant qu'une faute avait été commise lors de l'intervention du 19 janvier 2004, elle a saisi le tribunal administratif d'Orléans afin qu'il ordonne une expertise ; que le docteur Berthelot, désigné par une ordonnance du président de ce tribunal, a déposé son rapport le 9 juin 2008 ; qu'en raison des contradictions importantes existant entre ce rapport d'expertise et les conclusions du rapport du professeur Fischer mandaté par l'assureur de l'hôpital, le tribunal administratif d'Orléans, ne n'estimant pas en mesure de déterminer si une faute avait été commise par les praticiens du centre hospitalier régional universitaire de Tours a, par un jugement avant dire droit du 9 décembre 2010, ordonné une nouvelle expertise confiée à un collège d'experts, lequel a rendu son rapport le 26 mai 2011 ; que, par le jugement attaqué du 26 janvier 2012 dont Mme A... relève appel, le tribunal administratif d'Orléans a rejeté sa demande tendant à la condamnation du centre hospitalier régional universitaire de Tours à lui verser la somme globale de 689 584,53 euros en réparation des préjudices subis à la suite des fautes médicales dont elle aurait été victime lors de l'intervention du 19 janvier 2004 ; que la CPAM d'Eure-et-Loir demande pour sa part que le centre hospitalier régional universitaire de Tours soit condamné à lui verser la somme de 30 157,38 euros au titre des débours engagés pour son assurée Mme A..., et la somme de 997 euros au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion ;

Sur la responsabilité du centre hospitalier régional universitaire de Tours :

2. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : " I. -Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. " ;

3. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des conclusions unanimes du rapport d'expertise déposé en première instance le 26 mai 2011 par les trois experts désignés dans les conditions rappelées ci-dessus que Mme A... était atteinte d'une volumineuse hernie discale thoracique calcifiée dont les conséquences invalidantes s'étaient aggravées sévèrement depuis octobre 2003, et qu'une intervention chirurgicale était devenue nécessaire, qui a été pratiquée en urgence le 19 janvier 2004 ; que l'abstention thérapeutique aurait conduit à une aggravation inéluctable des troubles neurologiques dont souffrait Mme A..., et notamment à une paraplégie ; que les experts, à qui il avait été demandé de se prononcer sur le type de voie d'abord utilisée et sur la pertinence de ce choix, se sont accordés sur le fait que la voie d'abord postéro-latérale choisie par le docteur Lioret, neurochirurgien du centre hospitalier, pour pratiquer l'intervention du 19 janvier 2004 était l'une des deux voies conformes aux règles de l'art à la date de l'intervention pratiquée et qu'elle était utilisée par une majorité de neurochirurgiens ; que l'aggravation neurologique postopératoire est une complication inhérente à ce type d'intervention, quelle que soit la voie d'abord choisie, dans des proportions de 5 à 13 % des cas, en fonction des types de hernies et des modes d'intervention ;

que ce risque de complication est, en tout état de cause, inférieur au risque d'évolution naturelle paraplégique des compressions médullaires dont les hernies discales calcifiées du type de celle dont souffrait Mme A... sont la cause ; que si la voie d'abord thoracique est aujourd'hui privilégiée, celle-ci présente également un risque de traumatisme sur la moelle épinière ; qu'ainsi, le rapport d'expertise collégial conclut à l'absence de faute dans la prise en charge de Mme A... ; qu'enfin, la complication neurologique dont a été victime Mme A... après la tentative d'exérèse partielle de sa hernie discale le 19 janvier 2004 était, en tout état de cause, sans lien avec la réalisation ou non d'une artériographie médullaire avant l'intervention litigieuse ; que, dans ces conditions, c'est à juste titre que les premiers juges, dont la mention erronée d'une réalisation partielle de l'exérèse le 19 janvier 2004 et d'une artériographie médullaire effectuée le même jour n'a pas eu d'incidence sur l'appréciation des faits qu'ils ont portée, et qui n'ont pas omis de statuer sur la justification de la voie d'abord postéro latérale, ont estimé qu'aucun manquement fautif de nature à engager sa responsabilité n'était imputable au centre hospitalier régional universitaire de Tours ;

4. Considérant, en second lieu, qu'aux termes de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique : " Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) 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. (...) En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. (...) " ; qu'en application de ces dispositions il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé ; 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 toutefois, un manquement des médecins à leur obligation d'information n'engage la responsabilité de l'hôpital que dans la mesure où il a privé le patient de la possibilité de se soustraire au risque lié à l'intervention ; que lorsque le défaut d'information est constitué, il appartient au juge de rechercher si le patient a subi une perte de chance de se soustraire aux dommages qui se sont réalisés, au regard des risques inhérents à l'acte médical litigieux, des risques encourus par l'intéressé en cas de renonciation à cet acte ou des risques liés au choix d'une alternative thérapeutique ;

5. Considérant qu'il résulte du compte rendu rédigé par le docteur Lioret avant de pratiquer l'intervention en cause, dont les termes sont précisément repris dans le rapport remis par le collègue d'experts désigné en dernier lieu, que la patiente a été longuement informée des modalités opératoires et des risques de majoration de ses signes neurologiques pouvant aller jusqu'à la paraplégie ainsi que du caractère hautement risqué de ce type d'intervention en terme de récupération neurologique ; qu'il résulte également du rapport d'expertise que, lors de la réunion qui s'est tenue le 29 avril 2011, Mme A... a indiqué avoir été bien informée sur les risques inhérents à sa hernie discale et sur les risques opératoires ; qu'au surplus, l'abstention thérapeutique aurait conduit à une aggravation inéluctable des signes neurologiques de cette hernie dont le volume, l'expression clinique et les risques évolutifs justifiaient une intervention en urgence compte tenu de l'accentuation des symptômes ; qu'il suit de là que l'existence d'un défaut d'information de nature à engager la responsabilité de l'établissement hospitalier n'est pas établie ; que, par suite, Mme A... n'est pas davantage fondée à demander, à titre subsidiaire, à être indemnisée d'un préjudice autonome résultant du défaut d'information des risques neurologiques liés à l'intervention en

cause ;

6. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que Mme A... n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, qui est suffisamment motivé, le tribunal administratif d'Orléans a rejeté sa demande ; que, par voie de conséquence, ses conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative doivent également être rejetées ;

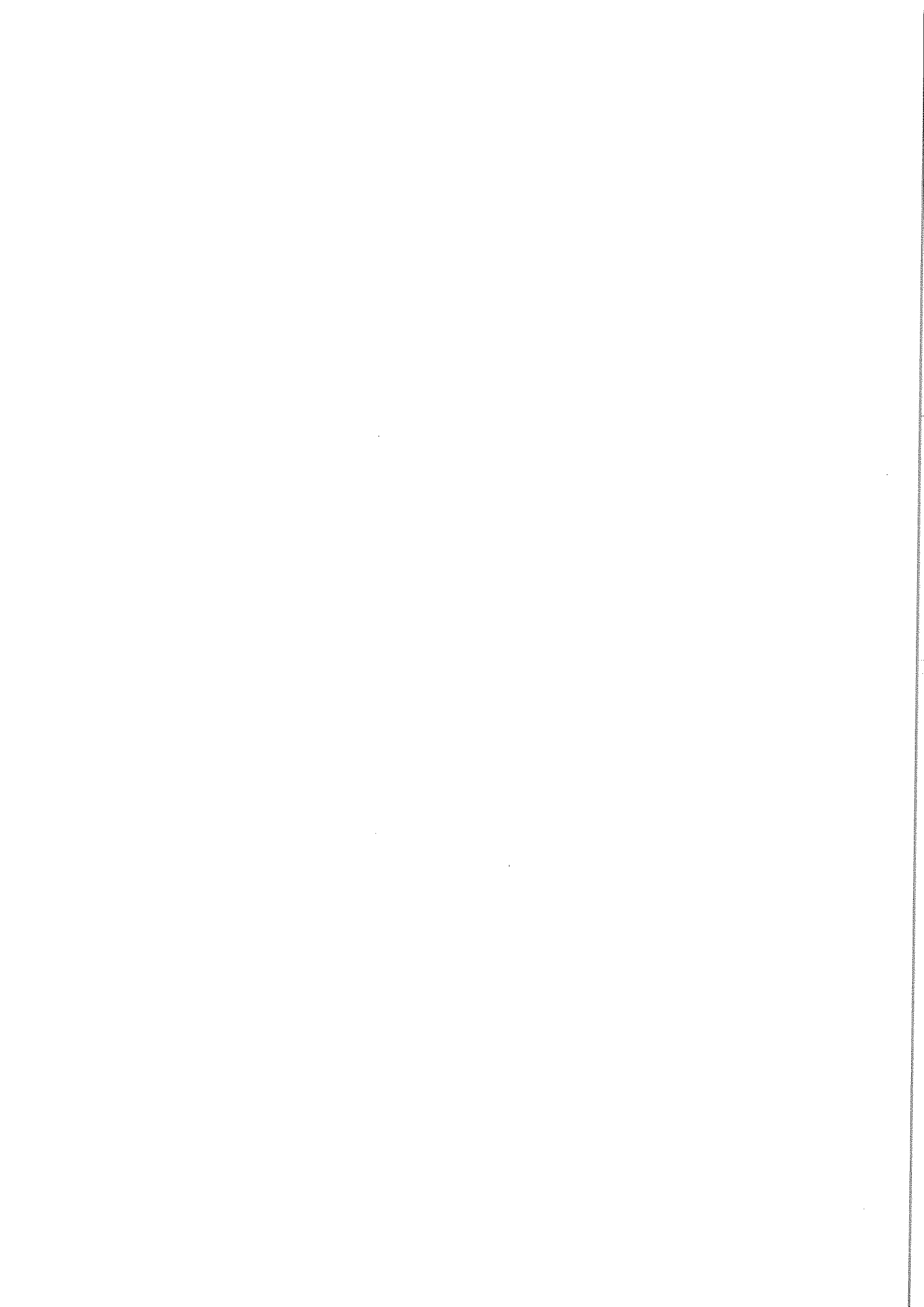
Sur les conclusions présentées par la CPAM d'Eure-et-Loir :

7. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les conclusions présentées par la CPAM d'Eure-et-Loir tendant à la condamnation du centre hospitalier régional universitaire de Tours à lui rembourser les débours engagés pour son assurée et à lui verser une indemnité forfaitaire de gestion ne peuvent qu'être rejetées, de même que ses conclusions présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

DÉCIDE :

Article 1er : La requête de Mme A... et les conclusions de la CPAM d'Eure-et-Loir sont rejetées.

Article 2 : Le présent arrêt sera notifié à Mme B... A..., au centre hospitalier régional universitaire de Tours, à la CPAM d'Eure-et-Loir et à la Caisse des dépôts et consignations.



Document 6 : Cour de cassation, 9 octobre 2001

Attendu qu'à partir du mois de juin 1974, M. Y..., médecin, a suivi la grossesse de Mme X... ; que, lors de la visite du 8^e mois, le 16 décembre 1974, le praticien a suspecté une présentation par le siège et a prescrit une radiographie foetale qui a confirmé cette suspicion ; que, le samedi 11 janvier 1975, M. Y... a été appelé au domicile de Mme X... en raison de douleurs, cette dernière entrant à la clinique A... devenue clinique Z... le lendemain dimanche 12 janvier dans l'après-midi, où une sage-femme lui a donné les premiers soins, M. Y... examinant sa patiente vers 19 heures, c'est-à-dire peu avant la rupture de la poche des eaux, la naissance survenant vers 19 heures 30 ; qu'en raison de la présentation par le siège un relèvement des bras de l'enfant, prénommé Franck, s'est produit, et, lors des manoeuvres obstétricales, est survenue une dystocie de ses épaules entraînant une paralysie bilatérale du plexus brachial, dont M. Franck X... a conservé des séquelles au niveau du membre supérieur droit, son IPP après consolidation étant de 25 % ; qu'après sa majorité, ce dernier a engagé une action contre le médecin et la clinique en invoquant des griefs tirés des fautes commises lors de sa mise au monde et d'une absence d'information de sa mère quant aux risques inhérents à une présentation par le siège lorsque l'accouchement par voie basse était préféré à une césarienne ; que l'arrêt attaqué l'a débouté ;

Sur le moyen unique, pris en ses première et cinquième branches :
Vu l'article 455 du nouveau Code de procédure civile ;

Attendu que M. Y... a procédé à l'accouchement de Mme X... dans le lit de celle-ci, sur une bassine, lui-même et une sage-femme tenant chacun une jambe de la parturiente ; qu'eu égard à ces conditions de réalisation de l'accouchement, à propos desquelles le rapport d'expertise précisait que les manoeuvres réalisées sur la bassine pour traiter la dystocie " n'en ont certainement pas été facilitées ", M. Franck X... avait fait valoir dans ses conclusions qu'il existait à la clinique une " salle de travail " dotée d'une table d'accouchement et que les raisons de son absence d'utilisation pour un accouchement dangereux par le siège étaient restées inconnues ; qu'en ne répondant pas à ce moyen, la cour d'appel n'a pas satisfait aux exigences du texte susvisé ;

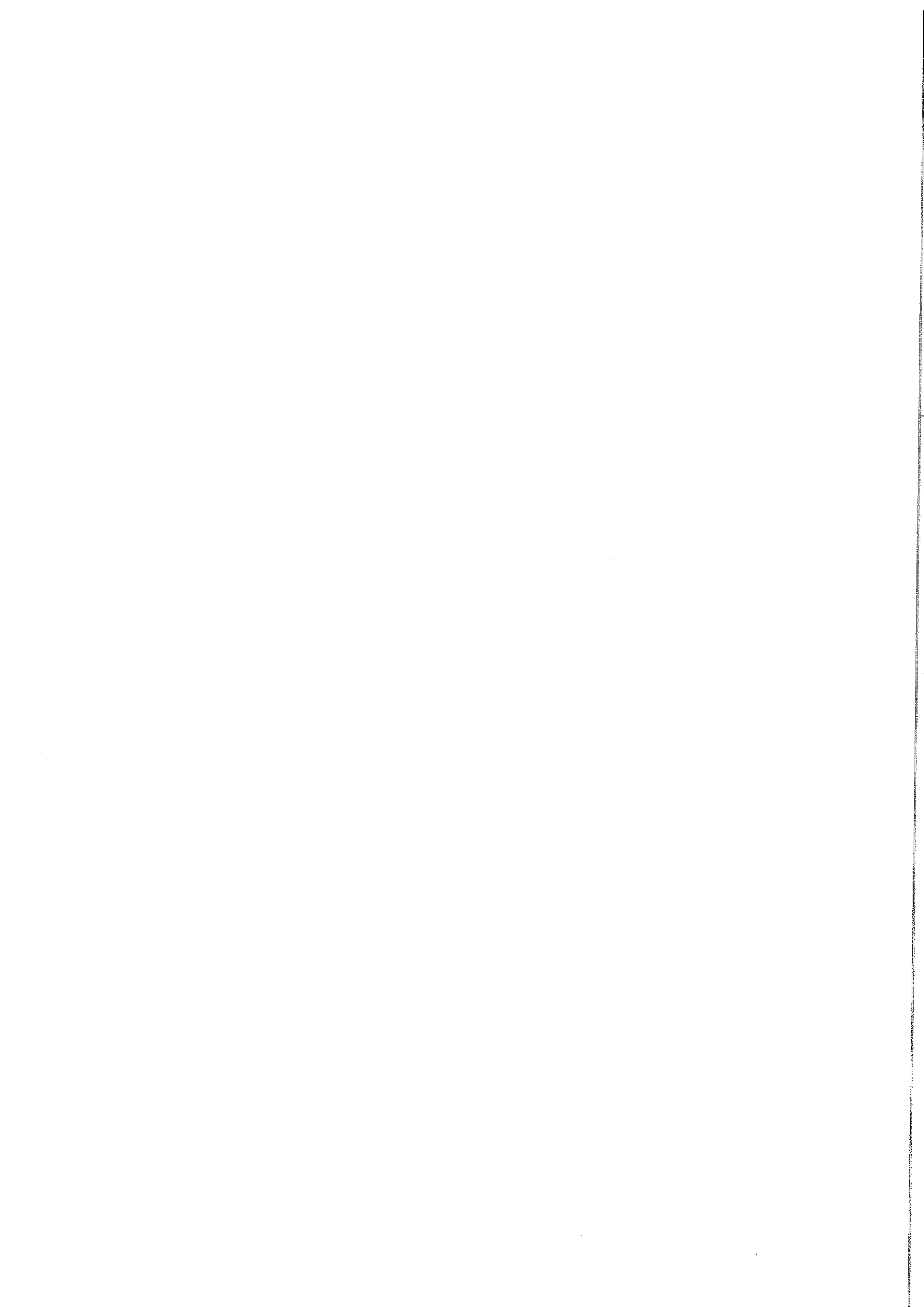
Et sur les deuxième, troisième et quatrième branches du moyen :
Vu les articles 1165 et 1382 du Code civil ;

Attendu que la cour d'appel a estimé que le grief de défaut d'information sur les risques, en cas de présentation par le siège, d'une césarienne et d'un accouchement par voie basse, ne pouvait être retenu dès lors que le médecin n'était pas en 1974 contractuellement tenu de donner des renseignements complets sur les complications afférentes aux investigations et soins proposés, et ce d'autant moins qu'en l'espèce le risque était exceptionnel ;

Attendu, cependant, qu'un médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information vis-à-vis de son patient, qui trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, par le seul fait qu'un risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement ; que la responsabilité consécutive à la transgression de cette obligation peut être recherchée, aussi bien par la mère que par son enfant, alors même qu'à l'époque des faits la jurisprudence admettait qu'un médecin ne commettait pas de faute s'il ne révélait pas à son patient des risques exceptionnels ; qu'en effet, l'interprétation jurisprudentielle d'une même norme à un moment donné ne peut être différente selon l'époque des faits considérés et nul ne peut se prévaloir d'un droit acquis à une jurisprudence figée ; d'où il suit qu'en statuant comme elle l'a fait, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 10 février 2000, entre les parties, par la cour d'appel de Lyon ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Grenoble.



Document 7 : site internet de l'Agence régionale de santé de Bretagne

23 octobre 2018

Une Commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé afin de représenter les patients et leurs familles.

Corps de texte

La CDU, anciennement CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades en associant les représentants des usagers.

L'ensemble des réclamations adressées aux établissements de santé par les usagers ainsi que les réponses apportées par les responsables d'établissements doivent être mises à la disposition des membres de la commission, selon les modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. La commission instaure les conditions favorables au règlement des litiges par le dialogue avec l'utilisateur et l'intervention de deux médiateurs médecin et non médecin.

La commission des usagers a pour nouvelles missions de :

- **PARTICIPER à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement** en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ;
- **ÊTRE ASSOCIÉE à l'organisation** des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement ;
- **SE SAISIR de tout sujet** portant sur la politique de qualité et de sécurité ;
- **FAIRE des propositions** et ÊTRE INFORMÉE des suites qui leur sont données ;
- **ÊTRE INFORMÉE des événements indésirables graves** et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- **RECUEILLIR les observations** des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- **PROPOSER un projet des usagers** exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles ayant passé une convention avec l'établissement.

La CDU est composée comme suit :

- **le représentant légal de l'établissement** ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- **un médiateur médecin et son suppléant**, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- **un médiateur non médecin et son suppléant**, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- **deux représentants des usagers et leurs suppléants**, mandatés par une association agréée et désignés par le directeur général de l'ARS (conformément au premier alinéa de l'article L. 1112-83 du code de la santé publique (CSP)).

La Présidence ou la vice-présidence de la CDU peut-être assurée par un représentant des usagers.

D'autres membres facultatifs peuvent également composer la commission en fonction du statut de l'établissement (établissements publics de santé autres que l'Assistance publique -hôpitaux de Paris) :

- Le Président de la commission médicale d'établissement ou les représentants qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission ;
- Un représentant de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au b de l'article R.714-62-2 ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Les mandats sont de trois ans renouvelables.

Document 8 :

Dossier de presse « Label régional 2018 » « droits des usagers de la santé »

Dans la continuité des années précédentes, le Ministère de la santé a organisé le concours national "Droits des usagers de la santé" dans le but de valoriser et faire connaître les expériences exemplaires et les projets innovants menés en Bretagne sur cette thématique.

Le ministère des solidarités et de la santé a reconduit pour la 7ème année, du 20 au 24 novembre 2017, la semaine de la sécurité des patients. Cette campagne avait pour objectif de sensibiliser l'ensemble des publics sur les enjeux de la sécurité des soins et de favoriser le dialogue entre patients, usagers et professionnels de santé sur ces sujets.

En parallèle, la CSDU de la CRSA et l'ARS de Bretagne ont décidé, fort du succès des éditions précédentes, de renouveler en 2018 le dispositif de labellisation régionale ainsi que la participation au concours national organisé par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Le ministère a ainsi incité tous les établissements de santé de France à créer des événements, des outils, des échanges (...) sur leur structure pour favoriser ce dialogue. Il a mis à disposition sur son site internet quelques outils de communication et a ouvert un concours national à tous les acteurs de santé.

Le concours national et la labellisation régionale avaient pour objectif de faire connaître et distinguer des projets élaborés en partenariat entre usagers et soignants pour améliorer la sécurité des patients.

La Fondation AUB Santé, ayant pour activités la Maladie Rénale Chronique, l'Hospitalisation à Domicile, la Nutrition, le Service à Domicile et la Formation, a choisi au sein de sa Commission des Usagers (CDU) de valoriser, par sa participation au concours national et au label régional, l'ensemble des travaux réalisés autour du flyer « Je prépare la consultation avec mon médecin » pour les patients dialysés.

Ce projet s'est vu remettre le prix national de la semaine de la sécurité des patients 2017 au ministère de la santé le 21 novembre dernier, ainsi que le label régional en février 2018.

Ces jury ont été particulièrement sensibles à l'effectivité du partenariat usager-professionnels de santé, aux enjeux en termes de sécurité des patients et d'amélioration des prises en charge et à l'originalité de la méthodologie de réalisation du projet.

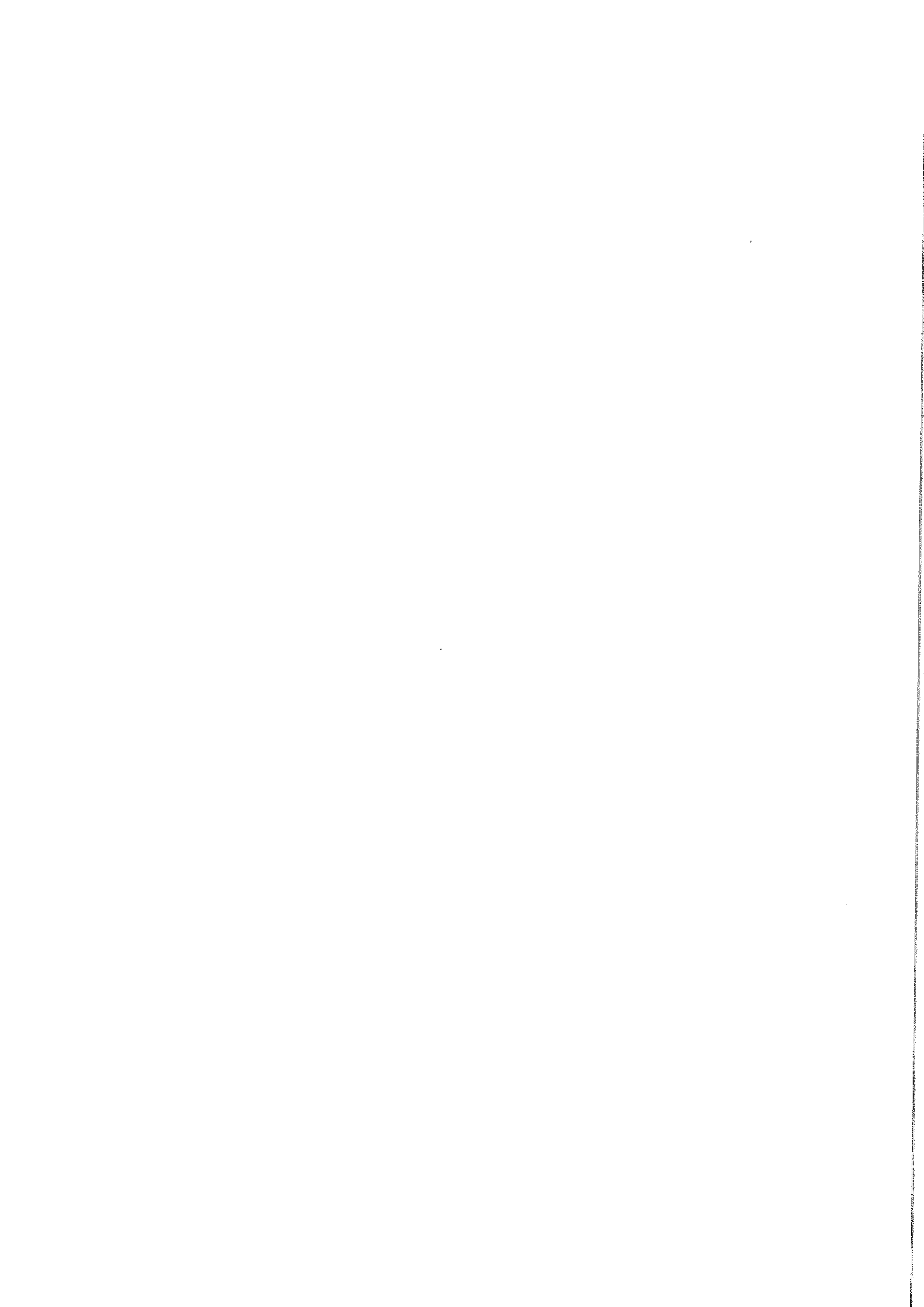
Ces prix sont une belle récompense pour un partenariat incontournable usagers-professionnels qui œuvre chaque jour au profit des patients.

« Favoriser l'échange d'information et la communication entre usagers et professionnels de santé »

A l'origine du projet, le souhait formulé par les patients dialysés à la Fondation AUB Santé a été de bénéficier d'informations complémentaires sur l'ensemble des méthodes de traitement et d'aborder, lors des consultations médicales, des sujets leur permettant de gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Afin de répondre à ce besoin, la Commission Des Usagers (CDU) en lien avec la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) s'est saisie de cet objectif d'améliorer, pour le patient, l'information donnée et reçue.

Les représentants des usagers souhaitent permettre aux patients d'aborder plus facilement en consultation leurs préoccupations liées à la maladie, et notamment les sujets sensibles. La CDU a formalisé cette idée en créant un flyer intitulé « Je prépare la consultation avec mon médecin ». La démarche de diffusion et d'accompagnement définie en CDU a été présentée en CME et les supports ont été distribués aux médecins et à tous les patients dialysés accompagnés par la Fondation AUB Santé.

Après un an d'utilisation du flyer, la CDU a souhaité mesurer si l'information médicale donnée en consultation est plus complète, plus compréhensible et plus adaptée aux besoins et attentes des patients. Les membres de la CDU ont ainsi créé un questionnaire à destination des patients dialysés adressé à leur domicile. L'évaluation des résultats permettra à la CDU et à la CME d'améliorer si nécessaire ces nouveaux supports d'échange et la démarche de consultation médecin/patient.



Document 9

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)

• TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE

Article 16

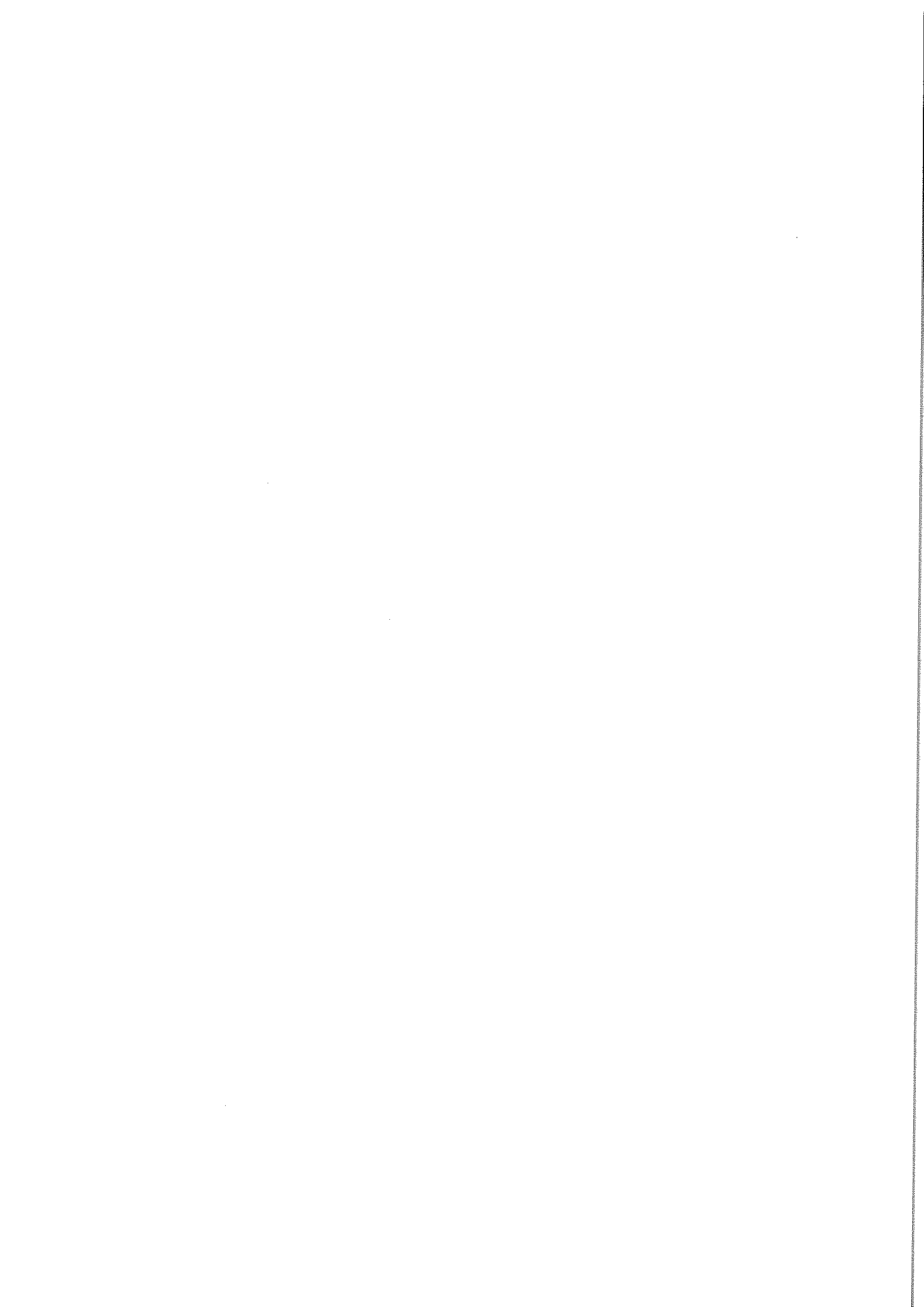
Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

« Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

« La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire. »



Document 10 : Cour de cassation, 3 juin 2010

Attendu qu'ayant subi, le 20 avril 2001, une adénomectomie prostatique, M. X... qui s'est plaint d'impuissance après cette intervention, a recherché la responsabilité de M. Y..., urologue, qui l'avait pratiquée ;

Sur le moyen unique, pris en ses deux premières branches :

Attendu que M. X... fait grief à l'arrêt attaqué de l'avoir débouté de ses demandes, alors, selon le moyen :

1°/ que le médecin, tenu de suivre son patient aussitôt qu'il l'a opéré, doit être diligent et prudent dans l'exécution de cette obligation, dont il ne peut se décharger; qu'ainsi, viole ladite obligation le médecin qui se désintéresse du sort de son patient au point de ne le recevoir en consultation qu'un mois après l'avoir opéré, sauf à ce qu'il eut été convenu avec ce dernier que, durant ce délai de latence, il serait substitué par un autre médecin dans l'exécution de son obligation de suivi post-opératoire ; qu'en l'espèce, après avoir relevé que M. Y... n'a reçu en consultation M. X... que le 25 mai 2001, soit plus d'un mois après avoir pratiqué sur lui une adénomectomie prostatique, et en jugeant néanmoins que ce médecin n'avait pas failli à son obligation de suivi post-opératoire au prétexte qu'un autre urologue avait "vu" son patient, sans constater qu'il avait été convenu avec M. X... que son obligation de suivre ce dernier serait exécutée par cet autre urologue, la cour d'appel a violé l'article 1147 du code civil ;

2°/ que seul le fait du créancier constituant une force majeure exonère totalement le débiteur défaillant ; qu'en l'espèce, en écartant la faute de M. Y... consistant à avoir violé son obligation de suivi post-opératoire au motif que M. X... n'avait pas pris rendez-vous avec lui à l'issue de la seconde consultation en date du 16 juillet 2001, soit trois mois après l'intervention chirurgicale, sans caractériser le comportement imprévisible et irrésistible de M. X... qui aurait interdit son suivi par M. Y... aussitôt après l'opération, la cour d'appel a violé les articles 1147 et 1148 du code civil ;

Mais attendu qu'ayant relevé que M. X... n'avait pas été laissé sans surveillance postopératoire, que le suivi avait été conforme aux données acquises de la science, que le praticien avait reçu le patient à deux reprises et prévu de le revoir une troisième fois, ce qui n'avait pas été possible en raison de la négligence de M. X..., la cour d'appel a pu en déduire l'absence de manquement fautif dans le suivi postopératoire ; que les griefs ne sont pas fondés ;

Mais sur la troisième branche du moyen :

Vu les articles 16, 16-3, alinéa 2, et 1382 du code civil ;

Attendu qu'il résulte des deux premiers de ces textes 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 ;

que le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice, qu'en vertu du dernier des textes susvisés, le juge ne peut laisser sans réparation ;

Attendu que pour écarter toute responsabilité de M. Y.. envers M. X..., l'arrêt, après avoir constaté le manquement du premier à son devoir d'information, retient qu'il n'existait pas d'alternative à l'adénomectomie pratiquée eu égard au danger d'infection que faisait courir la sonde vésicale, qu'il est peu probable que M. X..., dûment averti des risques de troubles érectiles qu'il encourait du fait de l'intervention, aurait renoncé à celle-ci et aurait continué à porter une sonde qui lui faisait courir des risques d'infection graves ;

En quoi la cour d'appel a violé, par refus d'application, les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, mais seulement en sa disposition rejetant la demande en paiement d'une indemnité au titre du manquement au devoir d'information, l'arrêt rendu le 9 avril 2008, entre les parties, par la cour d'appel de Bordeaux ; remet, en conséquence, sur ce point, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Toulouse ;

Document 11 : Livret d'accueil des établissements de santé- guide d'élaboration

Élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées

Recommandations et propositions (Préface du guide édité par le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative)

Une bonne information est le moyen pour chacun d'exercer sa liberté, de faire des choix éclairés et d'écartier les peurs qui résultent de l'ignorance. Le principe d'un « livret d'accueil des personnes hospitalisées » a été retenu à cette fin: il doit permettre de fonder de bonnes relations entre la personne hospitalisée, le personnel et l'établissement, ce que ni la peur ni l'ignorance ne favorisent...

Le livret doit être remis au patient dès que son hospitalisation a été décidée.

Il est ainsi l'un des premiers gestes d'hospitalité. S'il est bien conçu, les patients vont y puiser de quoi comprendre leur séjour à l'hôpital et leurs droits; ils peuvent construire une relation confiante avec leurs divers interlocuteurs.

Compte tenu de l'enjeu, j'ai souhaité des recommandations pour que les établissements ne soient pas démunis face à la difficile élaboration du livret: toutes les étapes devaient en être déclinées - conception, rédaction*, diffusion, évaluation - et rassemblées en un guide.

J'ai enfin voulu annexer à ce guide des fiches relatives à quelques questions juridiques tout à la fois récentes et complexes (la « personne de confiance », les « directives anticipées », « l'accès au dossier médical », « les renseignements utiles en cas de plaintes »).

J'espère que les établissements les proposeront facilement en complément du livret d'accueil car elles rassemblent - sans coût de production pour eux - une information précise et lisible dont tout patient doit avoir accès en cas d'hospitalisation, en France.

Le livret d'accueil fait partie de la démarche qualité dans ce qu'elle a de plus concret: ce guide n'a eu d'autre ambition que de faciliter la tâche des établissements et de leur permettre de produire un livret à la hauteur des aspirations légitimes des malades accueillis et de leurs proches.

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 1112-2 ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment

l'accompagnement de cet accès ;

Vu l'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès,

Arrête :

Article 1

En application de l'article L. 1112-2 du code de la santé publique, dans chaque établissement de santé, un livret d'accueil est remis à toute personne hospitalisée prise en charge par l'établissement ou, le cas échéant, au proche de la personne hospitalisée.

Le livret a pour objet de présenter l'établissement de santé et de fournir des informations utiles à l'ensemble des personnes hospitalisées sur leurs conditions de prise en charge.

Des informations écrites, spécifiques, liées à la nature des activités de l'établissement, aux différents

modes de prise en charge ou à la typologie des patients sont données en complément, en tant que de besoin.

Le livret fait l'objet d'une mise à jour régulière.

Article 2

- Modifié par Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 4 (V)

Afin que les personnes hospitalisées puissent exercer leur libre choix, le livret d'accueil indique les conditions de mise à la disposition des personnes hospitalisées d'une information portant notamment sur la nature des activités des établissements.

Les indications contenues dans le livret d'accueil portent également sur :

I. — L'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives.

Le livret d'accueil précise :

1. La situation géographique de l'établissement et les différents sites qui le composent, leurs voies et moyens d'accès ;
2. Les coordonnées postales, téléphoniques et électroniques de l'établissement et, le cas échéant, celles des différents sites concernés ;
3. Les moyens permettant à la personne hospitalisée d'être mise en relation avec les représentants des usagers ;
4. Les associations de bénévoles ayant conclu une convention avec l'établissement et les moyens d'obtenir la liste et les coordonnées de ces associations ;
5. Les moyens d'obtenir la liste et les coordonnées des représentants des différents cultes, dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier ;
6. Les moyens permettant à la personne hospitalisée d'identifier les différentes catégories de professionnels ;
7. Les moyens permettant aux familles et aux proches des personnes hospitalisées de connaître les conditions, notamment horaires, dans lesquelles ils peuvent être reçus par les médecins ainsi que les moyens permettant à la personne hospitalisée et à son entourage de connaître les horaires (des repas, de visite, d'accueil téléphonique...) ;
8. Les principales formalités administratives d'admission et de sortie à accomplir ;
9. Les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées des informations concernant le montant, la prise en charge et les règlements des frais de consultation, de séjour — y compris dans les cas de prestations pour exigences particulières de la personne hospitalisée — et de transports sanitaires.

Les règles applicables aux activités exercées à titre libéral sont précisées dans les établissements publics de santé ;

10. Les principales dispositions relatives aux dépôts d'argent et de valeurs ;
11. Les prestations hôtelières, les différents éléments de confort et services proposés à la personne hospitalisée et à ses proches ainsi que les modalités permettant de connaître leurs tarifs ;
12. Les possibilités et conditions d'hébergement éventuellement proposées par l'établissement de santé aux proches de la personne hospitalisée ;
13. Les missions et les moyens d'obtenir les coordonnées du service social, lorsqu'il existe ;
14. L'information concernant la mise en place par l'établissement des modalités de sortie des

personnes hospitalisées, ainsi que les démarches à accomplir par celles-ci ou par leurs proches dans cette perspective ;

15. Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier, les informations concernant le dispositif d'accueil des personnes les plus démunies ;

16. Le cas échéant, les activités concernant l'enseignement scolaire.

II. — Les droits de la personne hospitalisée.

Le livret rappelle :

1. La mention, dans la charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire DHOS/ E1/ DGS/ DS1B/ SD1C/ SD4A/2006/90 du 2 mars 2006, des droits essentiels de la personne hospitalisée. Le livret précise que les principes généraux de la charte lui sont annexés, que le document intégral, en plusieurs langues et en braille, est accessible sur le site internet : www.sante.gouv.fr et qu'il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

2. Les principales règles du respect de la vie collective interne de l'établissement, y compris les règles et les recommandations concernant l'hygiène, le bruit et toute autre nuisance. Dans les établissements publics de santé, l'information porte également sur les conditions dans lesquelles la personne hospitalisée peut consulter le règlement intérieur.

3. Les règles d'accessibilité aux informations personnelles :

Le livret d'accueil comporte les indications concernant :

— les conditions d'accès aux informations de santé mentionnées à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et à l'arrêté du 5 mars 2004, modifié par l'arrêté du 3 janvier 2007, susvisé ;

— la durée de conservation des dossiers médicaux et les modalités de cette conservation conformément à l'article R. 1112-9 du code susvisé ;

En application de l'article R. 6113-7 du code de la santé publique, si ces informations ne figurent pas dans un autre document écrit remis à la personne hospitalisée, le livret d'accueil précise :

— que des données concernant la personne hospitalisée font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978 modifiée susvisée ;

— que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale de l'établissement par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle il a reçu des soins ou du praticien ayant constitué son dossier et sont protégées par le secret médical ;

— que le patient a le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives le concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée ;

— que, selon les dispositions de ce dernier article, le droit d'opposition de la personne ne peut s'exercer que pour autant que le traitement de données nominatives mis en cause ne réponde pas à une obligation légale.

4. La possibilité de rédiger des directives anticipées au sens de l'article R. 1111-17 du code de la santé publique et de désigner une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6 du même code.

5. Les informations utiles en cas de plaintes ou réclamations :

— le livret d'accueil indique les moyens de prendre attache avec la personne remplissant la fonction de responsable des relations avec les usagers ou de la personne habilitée pour recueillir les expressions de mécontentement des personnes hospitalisées ;

— en application de l'article R. 1112-84 du code de la santé publique, le livret d'accueil reproduit les articles R. 1112-91 à R. 1112-94 du code de la santé publique concernant l'examen des plaintes et réclamations et fournit toute précision relative à leurs modalités d'application au sein de l'établissement ;

— le livret d'accueil mentionne la liste nominative actualisée des membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Le livret indique les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information :

— sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification ;

— sur la satisfaction des usagers.

Document 12 : code de déontologie-commentaires ordre des médecins

11/10/2012

1 - Devoir d'information

Le devoir d'information du patient a toujours été reconnu et, à défaut du code, la jurisprudence de la Cour de Cassation l'avait formulé, admettant qu'il découlait, implicitement mais nécessairement, de l'obligation - posée désormais à l'article 36 suivant - d'obtenir du patient, préalablement à toute intervention ou traitement, son consentement. Celui-ci ne pouvait être donné que si le patient avait reçu sur son état et sur les soins envisagés une information : "*simple, approximative, intelligible et loyale*" lui permettant de prendre une décision en connaissance de cause.

En France, comme dans d'autres pays occidentaux, le premier reproche adressé aux médecins se résume par la formule : "Il ne m'a rien dit". Cela doit s'entendre souvent comme : "il ne m'a pas dit ce que j'attendais de lui" ou : "je n'ai pas compris ce qu'il m'a dit". Ce défaut d'information est la cause la plus fréquente des procédures engagées contre un médecin.

Cette demande du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information a été prise en compte par la jurisprudence de la Cour de Cassation, ces dernières années.

2 – Droit à l'information

L'importance de l'article L.1111-2 du code de la santé publique justifie que malgré sa longueur, il soit cité dans son intégralité :

« 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.

3 – Information loyale, claire et appropriée

Ces qualificatifs, repris par des décisions de la Cour de Cassation expriment la forme sous laquelle l'information doit être donnée

Claire, l'information donnée au patient doit lui être intelligible. Elle doit être simplifiée par rapport à un exposé spécialisé, évitant un langage trop technique et des détails superflus. Le praticien a souvent un rôle pédagogique (docteur vient du verbe latin *docere* qui signifie enseigner, instruire) qui suppose simplification, répétition, échange. Il peut être difficile de faire comprendre une situation complexe, il peut falloir la simplifier sans travestir la réalité, il faut s'assurer que le patient

saisit ce qu'on lui explique, lui laisser poser des questions complémentaires, lui proposer de reformuler ce qu'il a compris.

Appropriée (aux circonstances), cette information doit l'être suivant plusieurs facteurs :

- selon la maladie et son pronostic (un médecin n'informe pas dans les mêmes conditions pour une angine banale ou pour un cancer bronchique généralisé) ;
- selon le traitement corollaire : l'article 41 du code de déontologie médicale revient sur l'obligation du consentement en cas de mutilation envisagée, que ce soit une amputation anatomique (mastectomie) ou fonctionnelle (stérilité, impuissance) ; d'autres traitements moins importants peuvent entraîner des désagréments très mal ressentis par certains patients selon leur activité (endormissement au volant par exemple) ; quantité d'informations « mineures » sont quasi nécessaires pour la bonne marche du traitement, pour favoriser son observance, réduire sa toxicité, éviter des inquiétudes injustifiées (comme pour une coloration des urines par un médicament) – l'information s'impose pour les conséquences les plus sérieuses et les plus fréquentes mais ne se limite pas à elles ;
- selon le moment de l'évolution d'une maladie qui se prolonge : il y a des moments critiques, préoccupants, d'autres de rémission, de détente ; ces changements supposent une adaptation du patient, du médecin et de leur relation, en évitant des positions de principes figées qui se trouveraient à certains moments inadaptées, en porte-à-faux ;
- selon le patient, enfin et surtout. Des troubles mentaux liés à la maladie ou à l'âge ne doivent pas a priori constituer une raison de se taire. Pour chaque personne au contraire il faut parler et expliquer, en exploitant toutes les possibilités de compréhension du patient, possibilités qui se révèlent dans leur étendue et leurs limites au cours de l'exercice. L'article 42 précise ce point pour le mineur ou le majeur protégé.

Loyale est le mot-clé cité d'ailleurs en premier dans cet article 35. On ne ment pas à quelqu'un qui doit être respecté. Cette loyauté ne signifie pas une franchise brutale, crue, sans cœur. Mais toute dissimulation ou tout mensonge est exclu, sauf en fonction des restrictions que nous allons voir, dont l'application devrait devenir plus rare. L'intention de tromper ou dol, est une faute en droit général ; elle peut être la cause de nullité d'un contrat et source de responsabilité.

Ainsi définie, l'information doit permettre au patient de prendre la décision que semble imposer sa situation. Cette formulation laisse croire qu'une décision s'impose - en fonction de la situation pathologique et des données de la médecine établies et présentées par le praticien - et que le patient n'a plus qu'à l'accepter, l'information étant seulement destinée à obtenir son acquiescement conscient. C'est effectivement ce qui se passe dans la majorité des cas : le patient n'est pas soumis à une volonté aveugle ou à une décision mystérieuse, mais se voit expliquer les raisons d'une décision qu'impose au médecin l'état de la maladie. Cependant cette séquence logique peut connaître des exceptions :

Tout d'abord le patient peut refuser une décision pourtant logique et comme évidente. Les raisons de ce refus peuvent tenir à des options personnelles contestables ou à des troubles mentaux. Dans ce cas le médecin devra s'efforcer de convaincre le patient d'accepter les soins, tout en évitant d'exercer sur lui des pressions. D'autres influences, un peu de temps de réflexion sont favorables à une évolution qui amènera le patient à une attitude plus raisonnable. S'il persiste cependant dans son

refus et sauf urgence, son choix devra être respecté et la décision qui semblait s'imposer ne sera pas prise ou suivie d'effet.

Mais lorsque l'acte proposé est indispensable à la survie du patient et proportionné à son état, le médecin se doit d'agir en conscience pour tenter de le sauver.

Dans tous les cas, si la maladie est relativement sérieuse et prolongée, l'information ne doit pas être unique, condensée au début de la prise en charge médicale et considérée comme définitive. Au contraire, elle s'impose tout au long de cette prise en charge, renforcée à certains moments cruciaux. Ces échanges prennent du temps, mais ils contribuent à une relation de bonne qualité, dans une confiance partagée.

Une information de qualité est le préalable indispensable à un consentement éclairé. Loin d'être une vue de l'esprit, comme on en a parfois jugé, ce consentement est la pierre angulaire de la relation médecin-patient et de la pratique médicale. Il est la contrepartie logique du pouvoir exorbitant du droit commun qu'a le médecin de porter atteinte à l'intégrité d'un individu - par ses paroles, une exploration, un médicament, une intervention chirurgicale, etc. - pour le soigner.

L'information du patient revêt une nécessité toute particulière en milieu hospitalier où le patient est en contact avec toute une équipe soignante. L'article L.1112-1 du code de la santé publique, en rappelle le principe : "dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées" (voir note [3]) et les articles R.1112-1 et suivants du code de la santé publique en fixent les modalités.

L'obligation d'information entraîne des conséquences importantes dans le domaine de la *responsabilité médicale*.

La responsabilité du médecin est en effet engagée s'il n'a pas donné à son patient l'information nécessaire, le privant ainsi de la possibilité de faire un choix éclairé.

Jusqu'en 1997, une telle condamnation intervenait rarement car c'était au patient de faire la preuve que l'information nécessaire n'avait pas été apportée, preuve négative toujours difficile à apporter.

Un revirement de jurisprudence est intervenu avec l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 25 février 1997 (arrêt Hédreul, Civ. 1, n°94-19685) qui a renversé la charge de la preuve en matière d'information du patient.

Il doit notamment prouver que l'entretien individuel, conduit dans les conditions décrites plus haut, a eu lieu. Cette preuve peut résulter d'un faisceau d'éléments convergents. Si la mention sur le carnet de rendez-vous n'est pas à elle-seule suffisante puisqu'elle n'établit pas le contenu de l'information délivrée, l'inscription dans le dossier du patient, la lettre adressée au médecin traitant du patient à l'issue de la consultation rappelant succinctement les préconisations du médecin, leur rapport bénéfice/risques sont autant d'éléments permettant d'établir que le médecin a satisfait à son devoir d'information. La remise d'un document détaillant l'intervention et ses conséquences que le patient aura la possibilité de relire à loisir chez lui peut utilement compléter les explications orales données par le médecin.

Un certain nombre de médecins, notamment chirurgiens, ont cru pouvoir se prémunir en faisant signer à leur patient un document intitulé « document de consentement éclairé » dans lequel le

patient reconnaissait avoir reçu du médecin toute l'information souhaitée. Un tel document est dépourvu de valeur.

4 - Diagnostic ou pronostic graves

À ce devoir d'information du patient il est une exception : le respect de la volonté exprimée par la personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves.

Toutefois, cette exception ne peut s'appliquer lorsque des tiers sont exposés à un risque de contamination. Cette précision, inspirée du cas du sida, mais qui vaut pour d'autres affections contagieuses graves s'impose en raison de la responsabilité du patient comme des intérêts de santé publique. Quel que soit en effet le traumatisme qui peut résulter d'une telle révélation, on ne saurait la cacher au patient, en le laissant exposer ses proches ou ses relations à une regrettable contamination. Dès lors il est indispensable, et dans les meilleurs délais, de l'informer des risques qu'il fait encourir à son entourage et des précautions à prendre. Lorsqu'une anomalie génétique grave a été dépistée chez une personne qui a exprimé par écrit sa volonté d'être tenue dans l'ignorance du diagnostic, l'article L.1131-1 du code de la santé publique organise une procédure d'information des membres de la famille potentiellement concernés.

Ces informations pourront nécessiter plusieurs entretiens.

L'information des patients ne va pas de soi. Elle est exposée à de nombreuses difficultés et se heurte à de nombreux écueils.

Les progrès de la médecine font que certains diagnostics jadis désespérants ne sont plus aujourd'hui synonymes d'incurabilité. Il n'est plus question aujourd'hui de taire un diagnostic.

Mais il y a la façon de dire, qui compte beaucoup. Ou de laisser deviner. Une mauvaise nouvelle est en soi, source de détresse, détresse que l'on peut réduire au minimum en se montrant sensible et solidaire. Interviennent alors l'empathie et l'expérience du praticien, pour rendre service sans désespérer, pour rester proche de la vérité sans abandonner.

Les professionnels de santé doivent être formés à la gestion de ces situations d'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave où la communication est essentielle. L'acquisition des techniques nécessaires à cette fin devrait être généralisée au même titre que l'est la formation clinique .

Document 13 : Cour de cassation, 12 juin 2012, commentée par S. Hocquet-Berg

Sur le moyen unique pris en ses deux branches :

Attendu que Mme X..., atteinte de séquelles à la suite d'une intervention chirurgicale pour une arthrodèse des vertèbres, pratiquée le 26 janvier 2005 par M. Y..., fait grief à l'arrêt attaqué (Nîmes, 2 mars 2010) de rejeter ses demandes à l'encontre de ce dernier, alors, selon le moyen :

1°/ que selon l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, en cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve par tout moyen qu'il a procédé à l'information de son patient sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés quant à 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 ; qu'en estimant que cette preuve était rapportée dès lors que la patiente avait déjà subi une intervention similaire par ce même médecin, qu'elle était suivie par le praticien depuis plusieurs années et que le chirurgien avait porté à la patiente toute l'attention nécessaire à sa pathologie, tous motifs impropres à caractériser la délivrance de l'information nécessaire, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique ;

2°/ 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 ; que le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice qu'en vertu de l'article 1382 du code civil le juge ne peut laisser sans réparation ; qu'en énonçant, pour débouter Mme X... de ses demandes que le choix de l'intervention pratiquée s'imposait au regard de l'échec du traitement médical et de la rééducation et partant, en subordonnant l'indemnisation du préjudice causé par le défaut d'information à l'existence d'une alternative thérapeutique ou au fait qu'informé, le patient n'aurait pas accepté de subir l'intervention, la cour d'appel a violé ensemble les articles 16, 16-3 et 1382 du code civil ;

Mais attendu qu'après avoir retenu à juste titre 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, la cour d'appel a constaté qu'il résultait de l'expertise que Mme X... avait déjà subi une intervention d'arthrodèse vertébrale par le même praticien le 17 février 2000 avec un résultat favorable, qu'elle était suivie par ce chirurgien depuis l'année 2000, que les douleurs lombaires étant réapparues en 2002, elle l'avait revu à cette époque puis à de très nombreuses reprises, avant que soit posée l'indication chirurgicale, face à la résistance de la symptomatologie au traitement médical et à la rééducation après trois années d'essai ; qu'elle a relevé en outre que chaque consultation était suivie d'une lettre de M. Y... adressée au médecin traitant, que le chirurgien avait prescrit une IRM lombaire réalisée le 4 janvier 2005 et que l'intervention n'avait été programmée qu'après une nouvelle consultation ; que c'est dès lors dans l'exercice de leur pouvoir souverain d'appréciation que les juges du fond ont estimé que les nombreuses consultations qui avaient précédé l'intervention critiquée démontraient le soin que M. Y... avait pris pour analyser avec Mme X..., en lien avec son médecin traitant, 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 ; que la première branche n'est pas fondée et que la seconde s'attaque à un motif surabondant ;

PAR CES MOTIFS : REJETTE le pourvoi ;

Commentaire :

Contexte : Cet arrêt rendu le 12 juin 2012 porte sur les modes de preuve du devoir d'information qui incombe aux professionnels de santé. L'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, reprenant une solution précédemment dégagée par la Cour de cassation (Cass. 1^{re}, 25 févr. 1997, n° 94-19685 : Bull. I, n° 75), prévoit qu'en cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve par tout moyen qu'il a procédé à l'information de son patient sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés quant à 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. Reste à savoir quels sont concrètement les éléments de preuve qui sont de nature à convaincre le juge de la bonne exécution de ce devoir d'information.

Litige : Une patiente a subi une arthrodèse des vertèbres le 26 janvier 2005. A la suite de cette opération chirurgicale, elle présente des séquelles consistant en un syndrome de la queue de cheval, manifesté principalement par une incontinence urinaire et anale avec paralysie inférieure. L'intervention a été réalisée conformément aux règles de l'art, de sorte qu'aucune faute technique ne peut être retenue à l'encontre du chirurgien. La patiente lui reproche cependant d'avoir manqué à son obligation d'information et de conseil, faisant valoir qu'aucun document relatif à l'information sur les risques inhérents à l'intervention chirurgicale ne lui a été remis.

Solution : La Cour de cassation rejette le pourvoi formé contre l'arrêt de la Cour d'appel de Nîmes qui avait écarté la demande de cette patiente, en énonçant que c'est dans l'exercice de leur pouvoir souverain d'appréciation que les juges du fond ont estimé que les nombreuses consultations qui avaient précédé l'intervention critiquée démontraient le soin que la chirurgien avait pris pour analyser avec sa patiente, en lien avec son médecin traitant, 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.

Analyse : Si la cette décision est parfaitement conforme à la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation, admettant la recevabilité des présomptions de l'article 1353 du Code civil pour prouver l'information donnée par le médecin (Cass. 1^{re} civ., 14 oct. 1997, n° 95-19609 : Bull. I, n° 278), elle n'en demeure pas intéressante à deux égards :

– D'abord, elle montre l'extrême complaisance dont les juges du fond peuvent faire preuve à l'égard des professionnels de santé auxquels un défaut d'information est reproché. En se contentant cependant de relever l'ancienneté et la qualité des relations entre un praticien et sa patiente pour en déduire que cette dernière a donné un consentement éclairé à l'intervention chirurgicale, dont elle est demeurée paralysée, les juges ne vident-ils pas de leur contenu l'obligation que leur impose la loi de se ménager une preuve ?

– Ensuite, elle surprend par sa publication au bulletin, dans la mesure où la Cour de cassation n'a fait que rappeler le pouvoir souverain des juges du fond en matière d'appréciation des éléments de preuve. Peut-être s'agit-il de rassurer les professionnels de santé, sans doute effrayés par les conséquences de sa position récente sur le préjudice découlant du défaut d'information (Cass. 1^{re} civ., 3 juin 2010, n° 09-13591 : Bull. I, n° 128 ; Resp. civ. et assur. 2010, comm. 313, note S. Hocquet-Berg) ?

Document 14 : Cour de cassation 26 septembre 2012

Sur le moyen unique, pris en sa troisième branche :

Vu l'article 1147 du code civil ;

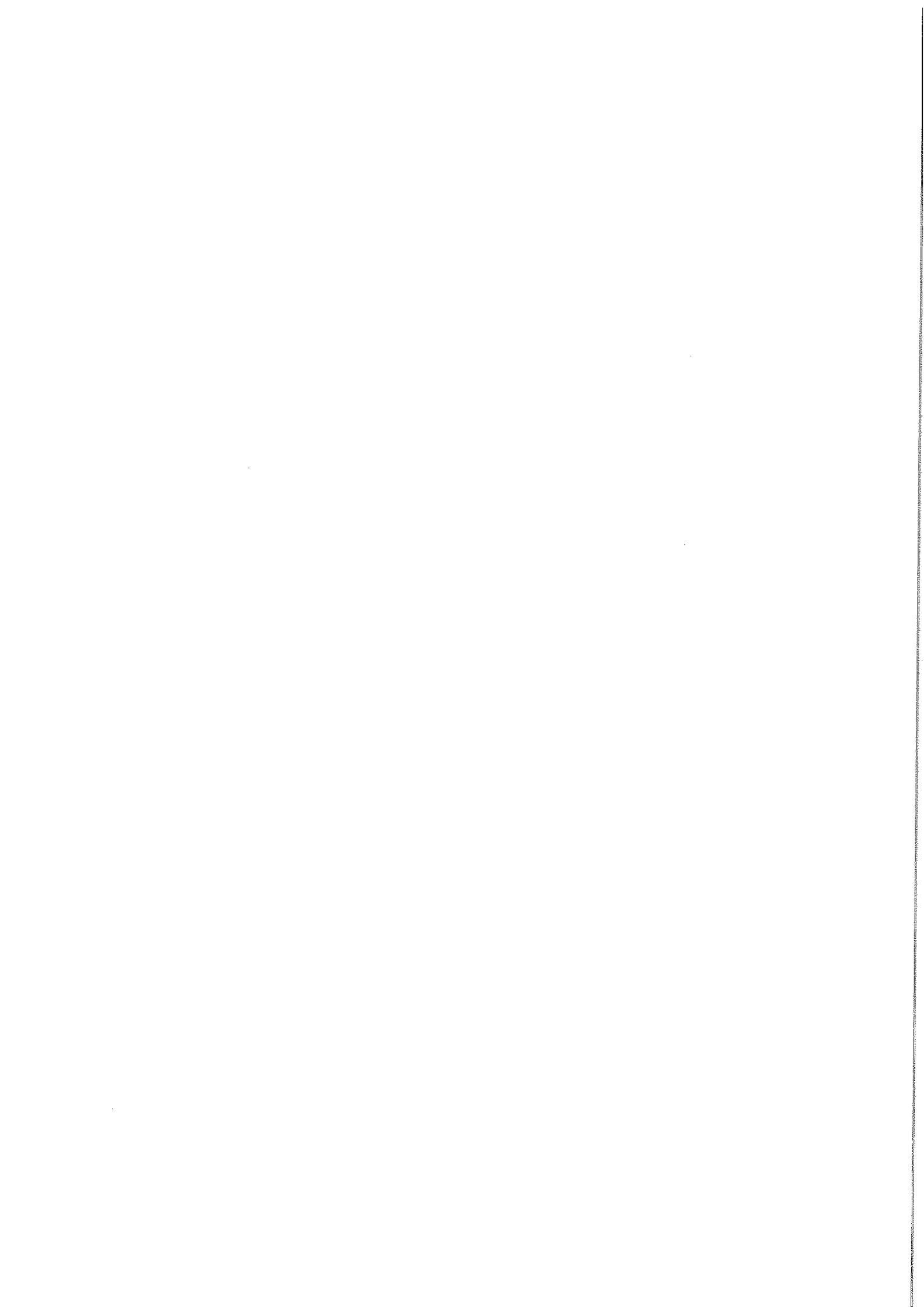
Attendu que les professionnels de santé ne sont tenus d'informer leurs patients que sur les risques dont l'existence est connue au moment où cette information doit être délivrée ;

Attendu que, pour déclarer Mme X... responsable de la perte de chance de 80 % subie par Mme Y... de renoncer à la rachianesthésie à l'issue de laquelle elle avait conservé de graves séquelles neurologiques, dues à la toxicité du produit employé, l'arrêt attaqué énonce que celle-ci 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, qu'elle avait subie à plusieurs reprises par le passé ;

Qu'en statuant ainsi, quand elle avait relevé que, selon des constatations non contestées du rapport d'expertise, la neurotoxicité de la marcaïne, produit qui avait été utilisé pour la rachianesthésie, étant inconnue à la date de l'intervention, il n'était pas possible d'informer Mme Y... de cette complication, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences de ses constatations au regard du texte susvisé ;

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres griefs du pourvoi :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 26 mai 2011, entre les parties, par la cour d'appel de Douai ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel d'Amiens ;



Document 15 : Cour de cassation, 16 janvier 2013

Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 1111-2 et R. 4127-35 du code de la santé publique ;

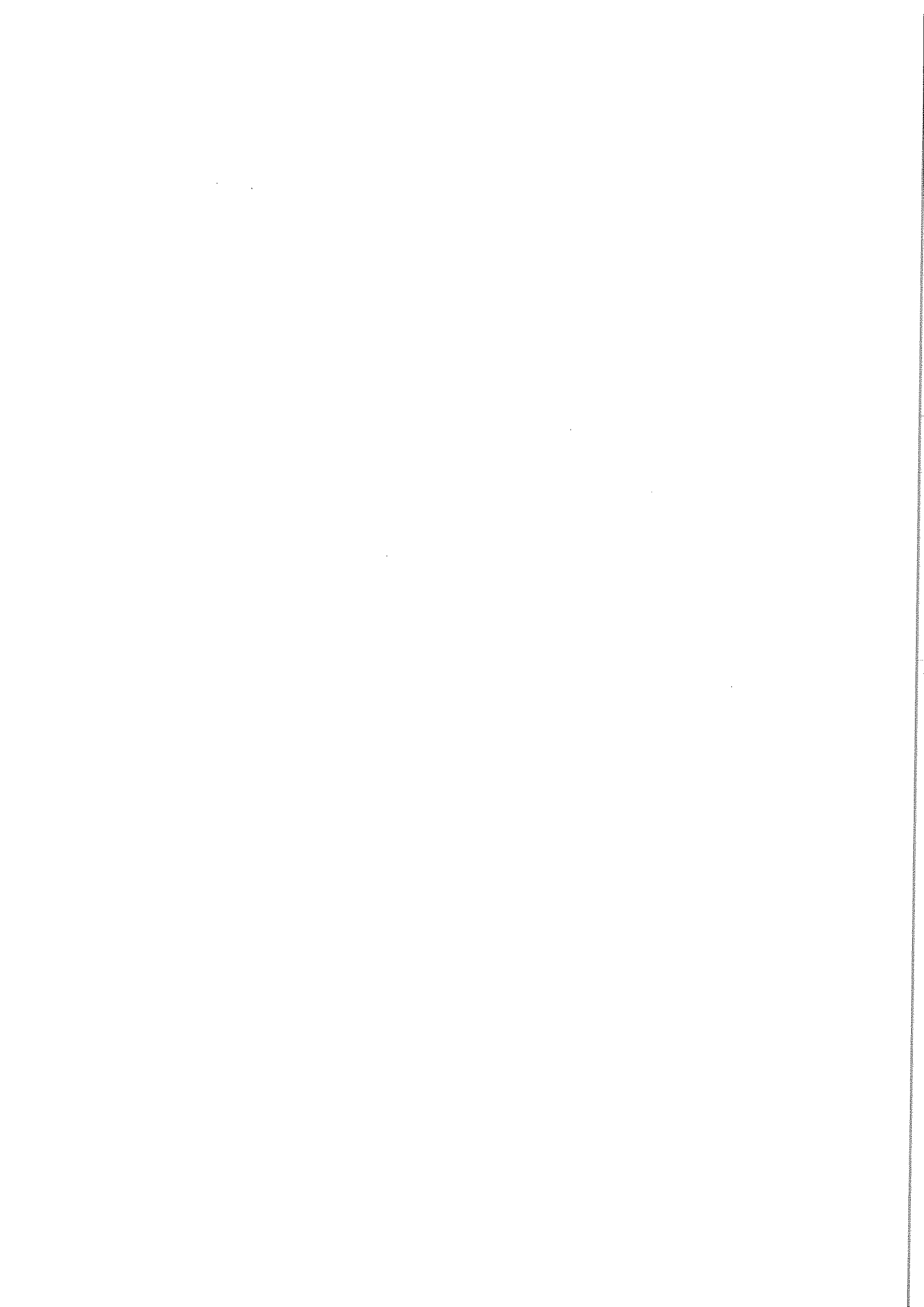
Attendu, en vertu du premier de ces textes, que l'information des personnes sur leur état de santé incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables et que seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser, et, en vertu du second, que 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 leur compréhension ;

Attendu que, pour rejeter la demande de M. X..., envers MM. Y...et Z..., médecins radiologues, dont il prétendait qu'ils avaient manqué à leur devoir 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, l'arrêt se borne à relever que cette information ressort 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, que 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 ;

Qu'en statuant ainsi, par des motifs impropres à établir que MM. Y...et Z...avaient satisfait à l'obligation, qui leur incombait, et dont la communication du compte-rendu au médecin prescripteur ne les dispensait pas, d'informer M. X...sur les résultats de l'examen, d'une manière adaptée à sa personnalité et à son état, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision au regard des textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 3 février 2011, entre les parties, par la cour d'appel de Rouen ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Caen ;



Document 16 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000, n°181899

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 ;

Considérant que, lors d'une intervention endovasculaire destinée à traiter par embolisation une malformation artérioveineuse, le micro-cathéter introduit dans l'artère cérébrale de M. T. s'est brisé, provoquant un accident ischémique à la suite duquel le patient est demeuré atteint d'une paralysie du bras et de la jambe gauches ; qu'en se fondant sur le caractère exceptionnel d'un tel accident pour juger qu'il n'y avait pas lieu d'informer le patient des risques de l'opération, la cour administrative d'appel de Lyon a commis une erreur de droit justifiant l'annulation de son arrêt ;

Considérant qu'aux termes de l'article 11 de la loi susvisée du 31 décembre 1987, le Conseil d'Etat, s'il prononce l'annulation d'une décision d'une juridiction administrative statuant en dernier ressort, peut "régler l'affaire au fond si l'intérêt d'une bonne administration de la justice le justifie" ; que, dans les circonstances de l'espèce, il y a lieu de régler l'affaire au fond ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le traitement par embolisation, même effectué dans les règles de l'art, présente des risques de décès ou d'invalidité du patient, pouvant résulter notamment d'un accident ischémique consécutif à la rupture du micro-cathéter au moment de son retrait de l'artère dans laquelle il avait été introduit ; que ces risques doivent être portés à la connaissance du patient ;

Considérant que M. T. soutenait qu'il n'avait pas été informé des risques de l'intervention ; que les hospices civils de Lyon, qui n'ont contesté cette affirmation ni au cours des opérations d'expertise, ni devant le tribunal administratif ont produit en appel une attestation établie par un praticien postérieurement à l'intervention et aux termes de laquelle le patient avait été "informé des risques du traitement envisagé" ; que, dans les circonstances de l'espèce, un tel document n'est pas de nature à établir que les praticiens se sont acquittés de leur obligation d'information ; qu'ainsi, les hospices civils de Lyon ne sont pas fondés à soutenir que c'est à tort que le tribunal administratif a reconnu l'existence d'un manquement à cette obligation de nature à engager leur responsabilité ;

Considérant, toutefois, que la faute commise par les praticiens de l'hôpital n'a entraîné pour M. T. que la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé ; qu'ainsi, c'est à tort que le tribunal administratif de Lyon, se fondant sur la faute résultant de l'absence d'information, a condamné les hospices civils de Lyon à réparer intégralement les conséquences dommageables de l'accident ;

Considérant qu'il appartient au Conseil d'Etat, saisi de l'ensemble du litige par l'effet dévolutif de l'appel, d'examiner les autres moyens présentés par M. et Mme T. devant le tribunal administratif susceptibles de justifier la condamnation des hospices civils de Lyon à réparer intégralement les conséquences de l'accident ;

Considérant que le traitement par embolisation présente des risques connus de rupture du cathéter au moment de son retrait de l'artère dans laquelle il a été introduit, sans que cette rupture puisse être évitée, quelle que soit la qualité de l'opérateur et du matériel utilisé ; qu'il résulte de l'instruction, et

notamment du rapport de l'expert, que l'intervention s'est déroulée conformément aux règles de l'art et que, contrairement à ce que soutiennent les requérants, l'existence d'une faute médicale ou d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service n'est pas établie ;

Considérant qu'il résulte du rapport d'expertise que la malformation artérioveineuse dont M. T. était atteint pouvait provoquer, à défaut de procéder à un traitement par embolisation, des céphalées plus ou moins invalidantes, des crises d'épilepsie, des hémorragies cérébrales entraînant la paralysie, voire le décès du patient ; que les séquelles d'hémiplégie consécutives à l'intervention ne peuvent donc être regardées comme sans rapport avec son état initial ou l'évolution prévisible de cet état ; que, par suite, la responsabilité sans faute des hospices civils de Lyon ne saurait être engagée ;

Sur l'évaluation du préjudice de M. T. :

Considérant qu'aucun justificatif n'a été produit de nature à établir l'existence d'un préjudice relatif à la perte de revenus professionnels alléguée ; qu'il résulte de l'instruction que les frais médicaux et pharmaceutiques résultant directement des conséquences dommageables de l'intervention s'élèvent à un montant de 761 250 F ; que le taux d'incapacité résultant de l'hémiplégie gauche dont M. T. était atteint, en relation directe avec l'accident ischémique, doit être évalué à 75 % et le préjudice subi à ce titre à une somme de 690 000 F ; qu'ainsi le préjudice corporel subi par M. T. s'élève à 1 451 250 F ;

Considérant qu'il sera fait une juste appréciation du préjudice d'agrément, ainsi que des souffrances physiques endurées à la suite de l'intervention et du préjudice esthétique en le fixant à 150 000 F ;

Considérant que la réparation du dommage résultant pour M. T. de la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé doit être fixée à une fraction des différents chefs de préjudice subis ; que, compte tenu du rapprochement entre, d'une part, les risques inhérents à l'intervention et, d'autre part, les risques d'hémorragie cérébrale qui étaient encourus en cas de renoncement à ce traitement, cette fraction doit être fixée au cinquième ; qu'ainsi, il sera fait une juste appréciation du préjudice subi par M. T. en le fixant à 290 250 F au titre du préjudice relatif à l'atteinte à l'intégrité physique et à 30 000 F au titre des autres dommages ;

Sur les droits de la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône :

Considérant qu'aux termes du troisième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale : "Si la responsabilité d'un 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" ; qu'il résulte de ces dispositions que le recours de la caisse s'exerce sur les sommes allouées à la victime en réparation de la perte d'une chance d'éviter un préjudice corporel, la part d'indemnité de caractère personnel étant seule exclue de ce recours ; que, par suite, la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône, qui justifie du versement d'une somme totale de 753 521,10 F au titre des débours résultant des suites dommageables pour son assuré de l'embolisation pratiquée par l'hôpital, a droit au remboursement des frais exposés par elle à hauteur de la somme de 290 250 F ; que, dès lors, il y a lieu de condamner les hospices civils de Lyon à verser à ladite caisse la somme de 290 250 F ;

Sur les droits de M. S. T. et de Mme Antonia DALL, venant aux droits de M. T., décédé en cours d'instance :

Considérant que M. Serge T. et Mme D. venant aux droits de M. T. décédé en cours d'instance ont droit à la somme de 30 000 F, calculée ainsi qu'il a été dit ci-dessus et allouée au titre du préjudice personnel qui a résulté pour M. T. de la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé ;

Sur le préjudice de Mme T. :

Considérant que Mme T. a subi, en raison de l'état de son époux, des troubles dans ses conditions d'existence ; que ces troubles doivent être évalués à la somme de 60 000 F ; que le préjudice indemnisable à ce titre pour Mme T. est celui imputable à la perte d'une chance pour M. T. de se soustraire au risque qui s'est réalisé ; qu'il doit être fixé au cinquième de la somme précitée de 60 000 F ; qu'il y a lieu, dès lors de condamner les hospices civils de Lyon à verser à Mme T. la somme de 12 000 F ;

Sur les intérêts et les intérêts des intérêts :

Considérant que la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône a droit aux intérêts de la somme de 290 250 F à compter du 5 mai 1992, date de sa demande ;

Considérant que la caisse a demandé, le 7 mars 1994, la capitalisation des intérêts échus sur la somme qui lui est due ; qu'à cette date, il était dû au moins une année d'intérêts ; que, par suite, il y a lieu de faire droit à cette demande ;

Considérant que M. S. T. et Mme D. ont droit aux intérêts de la somme de 30 000 F à compter du 7 janvier 1992, date de la demande présentée par M. T. aux hospices civils de Lyon ;

Considérant que la capitalisation des intérêts a été demandée les 16 février 1994 et 17 février 1995 ; qu'à chacune de ces dates, il était dû au moins une année d'intérêts ; que, par suite, il y a lieu de faire droit à ces demandes ;

Considérant que Mme T. a droit aux intérêts de la somme de 12 000 F à compter du 7 janvier 1992 ;

Considérant que la capitalisation des intérêts a été demandée par Mme T. les 16 février 1994 et 17 février 1995 ; qu'à chacune de ces dates, il était dû au moins une année d'intérêts ; que, dès lors, il y a lieu de faire droit à ces demandes ;

Sur les frais d'expertise :

Considérant que l'expertise a été prescrite afin de permettre au tribunal de se prononcer sur la responsabilité des hospices civils de Lyon ; que la présente décision retenant la responsabilité de l'établissement public, il y a lieu de condamner les hospices civils de Lyon à rembourser à Mme T. et aux ayants-droit de M. T. les frais qu'ils ont exposés pour un montant de 3 600 F ; qu'il convient d'assortir ceux-ci des intérêts légaux à compter du 12 septembre 1990 ;

Sur les conclusions de Mme T. et de M. S. T. et Mme D. qui viennent aux droits de M. T. tendant à l'application des dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991 :

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire application des dispositions de l'article 75-I de la loi susvisée du 10 juillet 1991 et de condamner les hospices civils de Lyon à verser à Mme T. et aux ayants-droit de M. T. la somme de 12 000 F qu'ils demandent au titre des

frais exposés par eux et non compris dans les dépens ;

Considérant que les dispositions de l'article 75-I de la loi susvisée du 10 juillet 1991 font obstacle à ce que les hospices civils de Lyon qui ne sont pas, devant la cour administrative d'appel, la partie perdante, soient condamnés à payer aux consorts T. et à la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône la somme qu'ils demandent au titre des frais exposés par eux devant la cour et non compris dans les dépens ;

Article 1er : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Lyon en date du 20 juin 1996 est annulé.

Article 2 : Les hospices civils de Lyon verseront à M. S. T. et à Mme D., venant aux droits de M. T., la somme de 30 000 F assortie des intérêts légaux à compter du 7 janvier 1992. Les intérêts échus les 16 février 1994 et 17 février 1995 seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 3 : Les hospices civils de Lyon verseront à Mme T. la somme de 12 000 F assortie des intérêts au taux légal à compter du 7 janvier 1992. Les intérêts échus les 16 février 1994 et 17 février 1995 seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 4 : Les hospices civils de Lyon verseront à la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône la somme de 290 250 F avec intérêts au taux légal à compter du 5 mai 1992. Les intérêts échus le 7 mars 1994 seront capitalisés à cette date pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 5 : Les hospices civils de Lyon rembourseront à Mme T. et aux ayants-droit de M. T. les frais d'expertise taxés à la somme de 3 600 F, avec intérêt au taux légal à compter du 12 septembre 1990.

Article 6 : Les hospices civils de Lyon verseront à Mme T., à M. S. T., à Mme D. une somme de 12 000 F au titre de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991.

Article 7 : Le jugement du tribunal administratif de Lyon est réformé en ce qu'il a de contraire à la présente décision.

Article 8 : Le surplus des conclusions de la demande de M. et Mme T. devant le tribunal administratif de Lyon et la cour administrative d'appel de Lyon et les conclusions de la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône tendant au remboursement des frais exposés en appel sont rejetés.

Article 9 : La présente décision sera notifiée à Mme T., à M. S. T., à Mme D., aux hospices civils de Lyon, à la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône et au ministre de l'emploi et de la solidarité.

Document 17 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000 n° 198530

Considérant que M. G., qui souffrait de troubles du membre inférieur gauche en relation avec l'angiomasose héréditaire dont il était atteint depuis l'enfance, a subi les 6 et 10 octobre 1987 à l'hôpital Lariboisière deux interventions endovasculaires destinées à traiter des fistules artérioveineuses par occlusion, à la suite desquelles il s'est trouvé atteint d'une paraplégie des membres inférieurs ; que la cour administrative d'appel de Paris, statuant en appel sur le recours indemnitaire introduit par l'intéressé contre l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, a jugé que la responsabilité de cet établissement public était engagée à raison de la faute résultant de ce que le patient n'avait pas été informé que l'intervention qui lui était proposée comportait un risque connu de paraplégie, et a accordé à M. G. une indemnité de 200 000 F réparant sa perte d'une chance de refuser l'intervention et de se soustraire ainsi à l'accident qui était survenu ; que l'annulation de cet arrêt est demandée par l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS et, par la voie d'un pourvoi incident, par M. G. ;

Sur la responsabilité de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS :

Considérant que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli dans les 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 praticiens de leur obligation ; qu'ainsi, et alors même que l'absence d'intervention aurait présenté des risques, la cour administrative d'appel de Paris n'a pas commis d'erreur de droit en jugeant que le risque de paraplégie que comportait l'intervention proposée à M. G., quoiqu'exceptionnel, était connu, et qu'eu égard à sa gravité, les praticiens de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS étaient tenus d'en informer l'intéressé ;

Considérant qu'en se fondant, pour estimer que les praticiens avaient omis de fournir cette information, sur le fait que l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS n'établissait pas que l'intéressé avait été informé des risques de l'intervention, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit et a souverainement apprécié les faits de l'espèce ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS n'est pas fondée à demander l'annulation de l'arrêt attaqué en tant qu'il admet le principe de sa responsabilité ;

Sur la détermination du préjudice indemnisable :

Considérant que pour fixer l'indemnité due à M. G., la cour a estimé "qu'eu égard à l'évolution prévisible de la maladie dont M. G. souffrait depuis son enfance, au caractère très peu fréquent du risque encouru lors de l'intervention et à l'ensemble des préjudices physiques et des troubles dans les conditions d'existence subis par le requérant, il sera fait une juste appréciation de l'indemnisation résultant de la perte de chance en condamnant l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS à payer à M. G. la somme de 200 000 F" ; qu'en se fondant notamment, pour évaluer le préjudice résultant pour M. G. de la perte d'une chance de refuser l'intervention, sur les dommages physiques et les troubles dans les conditions d'existence subis par l'intéressé, sans se prononcer sur la nature et l'importance de ces dommages et de ces troubles et sans évaluer la fraction de ce dommage imputable à la perte de chance en procédant à un rapprochement entre, d'une part, les risques inhérents à l'intervention et, d'autre part, les risques encourus en cas de

renoncement à ce traitement, la cour n'a pas suffisamment motivé son arrêt ; qu'ainsi, M. G. est fondé à demander l'annulation de l'arrêt en tant qu'il fixe à 200 000 F le montant de l'indemnité mise à la charge de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS ; qu'il y a lieu de renvoyer l'affaire sur ce point à la cour administrative d'appel de Nantes ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de condamner l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS à verser à M. G. une somme de 10 000 F au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens ;

Article 1er : L'arrêt du 9 juin 1998 de la cour administrative d'appel de Paris est annulé en tant qu'il évalue le préjudice indemnisable de M. G.. L'affaire est renvoyée sur ce point devant la cour administrative d'appel de Nantes.

Article 2 : Le surplus des conclusions de la requête de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS est rejeté.

Article 3 : L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS versera 10 000 F à M. G. en application des dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, à M. G., au président de la cour administrative d'appel de Nantes et au ministre de l'emploi et de la solidarité.

Document 18 : Conseil d'État, 19 mai 2004 et la notion de « perte de chance »

Considérant que les requêtes numéros 216039 et 216040 sont dirigées contre le même arrêt ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

Sur le préjudice :

Considérant qu'aux termes du troisième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, 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 ; qu'il résulte de ces dispositions que le recours des caisses s'exerce sur les sommes allouées à la victime en réparation de la perte d'une chance d'éviter un préjudice corporel, la part d'indemnité de caractère personnel étant seule exclue de ce recours ; que la CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE et la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE justifient respectivement du versement d'une somme de 145 348 euros et de 327 694 euros correspondant aux prestations qu'elles ont versées à la victime ; que, cependant, le total de ces sommes excédant le montant de la part d'indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité physique, fixé à 197 713 euros par la présente décision, il y a lieu de fixer, à due proportion de ce montant par rapport au montant total des créances de sécurité sociale, les indemnités dues à chacune des caisses ; qu'il y a ainsi lieu de condamner l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris à verser à la CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE la somme de 60 750 euros et à la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE la somme de 136 963 euros ;

Droit Médical - L'actualité de la notion de « perte de chance »

Par ailleurs, la Cour de Cassation vient d'avoir l'occasion à deux reprises de casser deux arrêts de Cour d'appel en prenant le soin de rappeler avec fermeté l'acception juridique de la perte de chance et les conséquences qui devaient en être tirées.

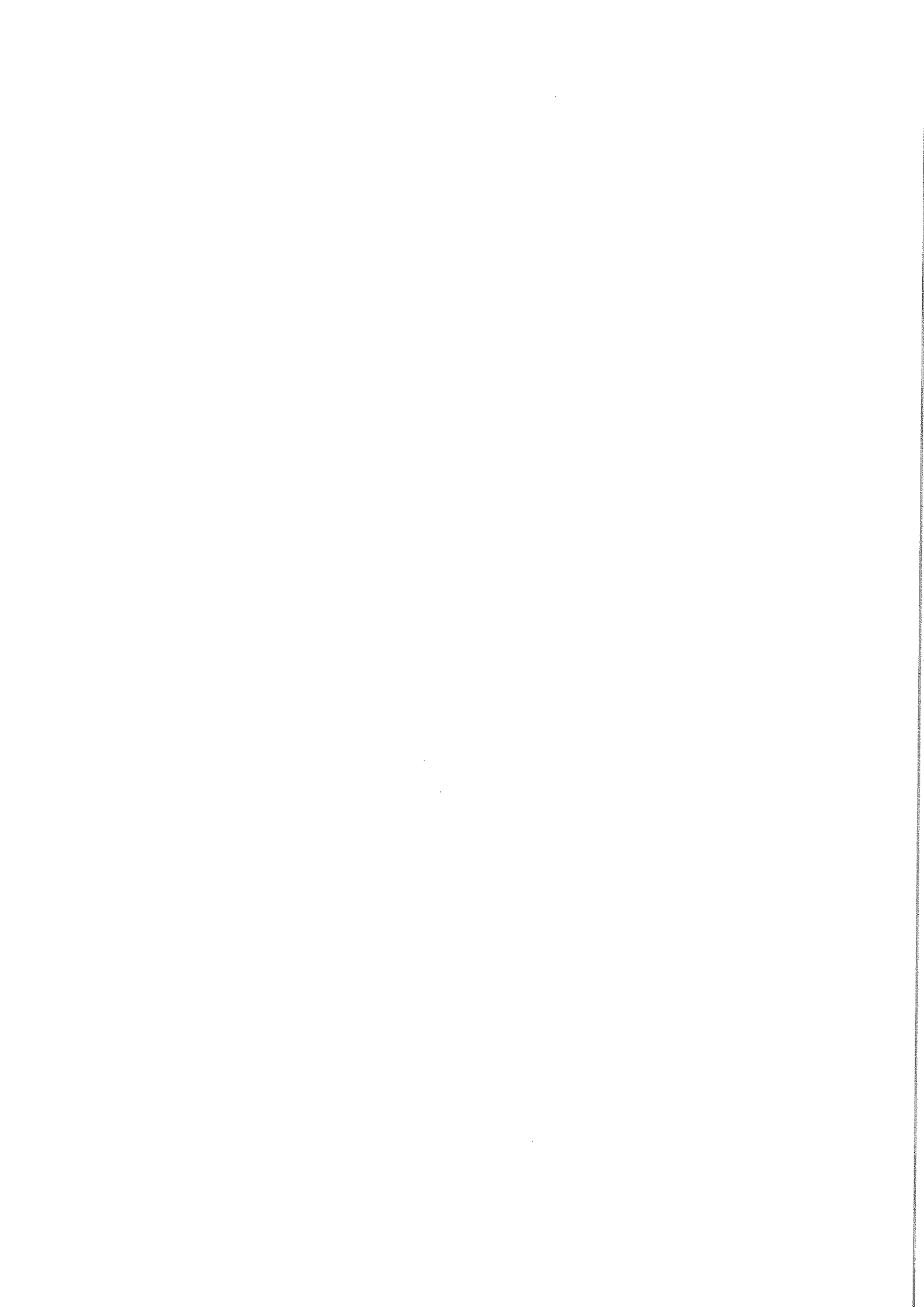
Dans une première espèce, la Cour d'appel de Grenoble avait refusé de retenir l'existence d'une perte de chance au motif qu'il n'était pas certain que la faute, pourtant objectivée, avait eu des conséquences sur l'état de santé de la victime, procédant ainsi à un raisonnement a contrario.

La Cour de cassation censure cette décision pour défaut de base légale et rappelle le raisonnement qui doit être tenu en matière de perte de chance.

Ainsi, une perte de chance présente-t-elle un caractère certain et direct chaque fois qu'est constaté la disparition d'une éventualité favorable.

Aussi, il s'en évince que seule la certitude que la faute n'a pas eu de conséquence peut aboutir à un rejet de la perte de chance, cette preuve incombant aux défendeurs et non pas à la victime.

Cette preuve se révèle difficile à rapporter de sorte que cette solution s'avère favorable aux victimes.



Document 19 : Conseil d'État, 30 mars 2009

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que Mme A a subi le 8 février 2000 aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg une intervention consistant en l'ablation de l'utérus ainsi que de l'ovaire droit et au traitement, en outre, d'une incontinence urinaire ; qu'en conséquence du sectionnement de l'uretère droit survenu au cours de l'intervention, Mme A a dû subir ensuite trois interventions, les 20 février, 24 février et 22 mars 2000 ; que M. et Mme A se pourvoient en cassation contre l'arrêt du 30 novembre 2006 par lequel la cour administrative d'appel de Nancy a confirmé le jugement du tribunal administratif de Strasbourg du 19 avril 2005 rejetant leur demande tendant à la condamnation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg à réparer les préjudices résultant pour eux de l'accident survenu lors de l'intervention du 8 février 2000 ;

Sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi ;

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 praticiens de leur obligation ; que le défaut d'information peut ouvrir droit à réparation alors même qu'il portait sur un risque, finalement réalisé, qui a entraîné une invalidité temporaire réparée par une autre intervention ;

Considérant que la cour administrative d'appel, qui a relevé que l'accident dont avait été victime Mme A lors de la première intervention constituait une complication connue de ce type d'intervention, a également relevé que, postérieurement aux interventions qui ont été ensuite nécessaires pour réparer l'uretère sectionné lors de la première intervention, l'intéressée ne subissait plus d'invalidité liée à cet accident ; qu'il résulte de ce qui a été dit ci-dessus que, en déduisant de cette dernière circonstance que le service public hospitalier n'avait pas commis de faute en n'informant pas Mme A, avant la première intervention, du risque connu de sectionnement de l'uretère qui s'est réalisé, la cour administrative d'appel a entaché son arrêt d'erreur de droit ; que les requérants sont par suite fondés à en demander l'annulation ;

Sur les conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant que ces dispositions font obstacle à ce que soit mise à la charge de l'Etat, qui n'est pas partie à l'instance, la somme que demandent M. et Mme A au titre des frais exposés par eux et non compris dans les dépens ;

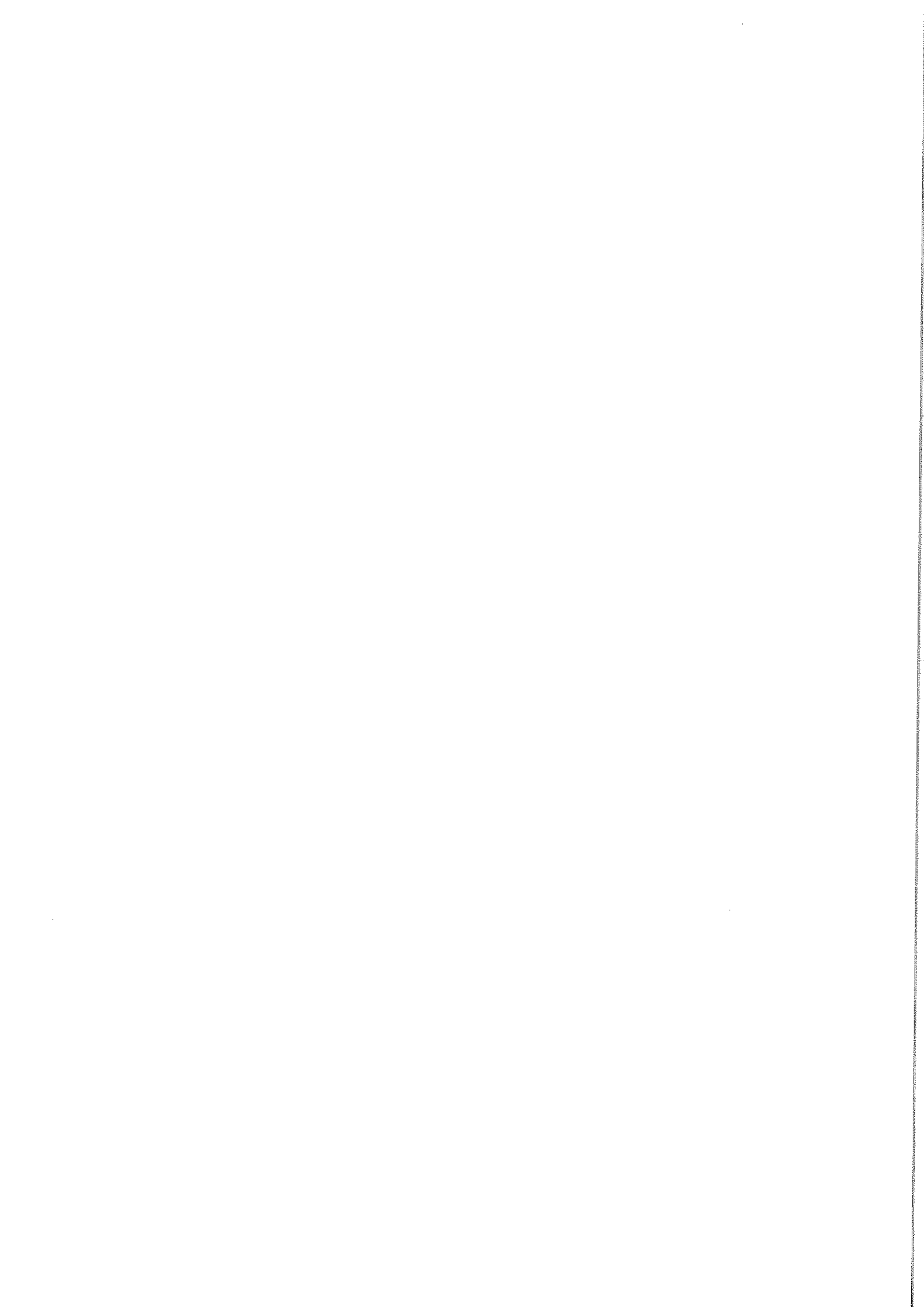
D E C I D E :

Article 1er : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Nancy du 30 novembre 2006 est annulé.

Article 2 : L'affaire est renvoyée à la cour administrative d'appel de Nancy.

Article 3 : Le surplus des conclusions du pourvoi de M. et Mme A est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à M. et Mme Joseph A, aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg et à la caisse primaire d'assurance maladie de Sarreguemines.



Document 20 : « Journal de Droit de la Santé et de l'assurance Maladie » N°1/2013 (extraits)

2. Le contenu de l'information

CE 24 septembre 2012 n°339285 ;

CE. 10 octobre 2012 n°350426 ;

Civ. 1^{ère}, 12 juin 2012 n°11-18327 ;

La question ne peut se départir de l'évolution du droit marquée par l'arrêt fondateur du 3 juin 2010 qui délaissant le visa de l'article 1147 du code civil au profit de celui de l'article 1382 du même code, fait du devoir d'information un devoir transversal pesant sur le médecin. Le patient devient le seul et unique titulaire de ce droit à l'information et nul ne peut en restreindre le bénéfice même s'il est contraire à son intérêt. C'est ce qu'illustre le décret du 7 mai 2012 qui supprime dans le code de déontologie médicale l'un des cas d'exonération possible de son obligation pour le médecin, relatif à la possibilité de laisser le patient dans l'ignorance sur son état de santé, dans son intérêt et pour des raisons légitimes et qui subsistait encore.

Ce droit fondamental à l'information dont l'autonomie est consacrée par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique et sur lequel les juges civil et administratif attirent l'attention des praticiens dont ils attendent sincérité et loyauté en organisant sa sanction presque systématique quelle que soit la conviction que l'on peut avoir sur la décision qui aurait été prise par le patient, ne se départit pas non plus de l'exigence posée par l'article L. 1110-5 alinéa 1^{er} du code de la santé publique de bénéficier des soins les plus appropriés et désormais précisée en matière de prescription hors AMM.

Mais jusqu'à quel point l'étendue de l'information en est-elle affectée ?

L'information sur le risque exceptionnel

Les principes jurisprudentiels posés en matière civile et en matière administrative, avant la loi du 4 mars 2002, ont imposé une information sur les risques graves, connus, y compris si ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement, les risques connus incluant les accidents parfois rares mais dont le mécanisme était connu et dont le risque pouvait être évalué statistiquement. Certes l'article L. 1111-2 du code de la santé publique a utilisé une formulation différente en évoquant l'information sur « les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ».

L'information est désormais élargie aux risques fréquents. En revanche, le qualificatif « exceptionnel » est absent du texte. Mais, même si l'objectif du législateur n'était pas de restreindre la portée des acquis jurisprudentiels mais au contraire de les consacrer, on peut se demander si l'expression « normalement prévisible » ne revient pas sur la solution selon laquelle « le caractère exceptionnel du risque ne dispense pas le praticien de son obligation d'information ». Il appartient donc aux tribunaux de prendre position.

Les deux arrêts du conseil d'État des 24 septembre 2012 et 10 octobre 2012 incluent explicitement le risque exceptionnel dans l'information qui doit être donnée. Ces deux arrêts, reprenant le considérant de l'arrêt du 5 janvier 2000, confirment pour des faits postérieurs au 5 septembre 2001, 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 » mais ne visent pas les dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique. Pour certains auteurs, le Conseil d'État s'affranchirait ainsi de la loi du 4 mars 2002, soit qu'il tend à attirer l'attention du législateur sur la nécessité de reformuler l'article L. 1111-2, soit qu'il considère que les deux expressions ont le même sens et peuvent être utilisées indifféremment. Cette hypothèse paraît celle qu'il faut privilégier, mais dans ce cas les dispositions de l'article L. 1111-2 auraient dû être visées. Notons que les recommandations de l'HAS de 2005 retiennent l'obligation d'information sur les complications et les risques fréquents ou graves « habituellement » prévisibles ce qui tendrait à exclure le risque exceptionnel.

La Cour de cassation vise quant à elle, pour les faits postérieurs au 5 septembre 2001, les

dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique ²³, mais aucune décision explicite n'est venue expressément inclure, à partir de ce texte, le risque exceptionnel dans l'obligation d'information à partir du moment où il serait connu. Nonobstant, de l'arrêt du 8 avril 2010 qui vise l'article L. 1111-2 s'induit l'obligation d'informer du risque scientifiquement connu comme étant en rapport avec l'intervention préconisée. Il s'agissait ici du risque d'infection nosocomiale. Dès lors que le risque connu doit faire l'objet d'une information, le risque qu'il soit exceptionnel ou non, s'il est connu ne suffirait-il pas à impliquer son information, la notion de risque normalement prévisible renvoyant à la notion de risque connu ?

Notons que l'arrêt rendu le 12 juin 2012 (n°11-18928) par la première chambre civile de la cour de cassation et qui porte plus particulièrement sur la preuve de l'information, évoque dans le cadre de l'application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique « toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles », cette expression unique de « risques prévisibles » pouvant sans conteste inclure les risques exceptionnels. S'agissant d'un arrêt de rejet portant qui plus est sur une autre question, l'enseignement ne saurait cependant en être certain.

Les juridictions civiles du fond sont plus explicites sur la nécessité d'informer sur le risque exceptionnel.

Mais, c'est bien dans l'optique d'une extension de l'étendue de l'information qu'il faut se placer et qu'illustre une autre décision du 12 juin 2012 concernant l'information sur la prescription hors AMM d'un traitement qui ne présentait pas de risque connu.

L'information sur la prescription hors AMM

L'arrêt rendu le 12 juin 2012 par la 1^{ère} chambre civile ²⁶ retient un manquement au devoir d'information qui ne peut rester sans réparation dans le fait d'avoir omis de préciser à son patient que le traitement prescrit n'est pas conforme aux indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché.

Il s'agissait en l'espèce d'une injection intradiscale d'Hexatrione par un médecin rhumatologue pour soulager des douleurs lombaires et à laquelle est imputée une calcification nécessitant une intervention chirurgicale. La fermeté de la Cour de cassation à l'aune des dispositions nouvelles de l'article 5121-12-1 du code de la santé publique mais qui ne s'appliquaient pas aux faits de l'espèce, s'exprime dans un domaine d'actualité où il s'agit d'encadrer la liberté de prescription reconnue dès lors que les traitements proposés reçoivent une opinion favorable de la communauté scientifique et lorsque l'intérêt du patient le justifie. Elle consacre un droit à une information qui se situe en dehors de toute question d'existence d'un risque²⁸ puisque le traitement prescrit, pratiqué couramment, était « sans risque connu et réputé apporter fréquemment un soulagement réel ».

Les conséquences de cet arrêt ne sont pas anodines particulièrement dans le contexte des « affaires » actuelles²⁹ puisqu'il applique pour des faits antérieurs à la loi du 29 décembre 2011, le contenu des nouvelles dispositions de l'article L. 5121-12-1, II du code de la santé publique.

Notons, comme l'ont développé certains auteurs que la solution eût pu être la même si les dispositions de l'article L. 1111-2 issues de la loi du 4 mars 2002 avaient été applicables, car ne pas préciser que le traitement est prescrit hors AMM relève d'une information incomplète voir déloyale.

L'information sur les effets secondaires des traitements et médicaments

L'arrêt de la cour de cassation rendu le 28 novembre 2012 sur le fondement de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, rappelle le droit de toute personne à être informée, préalablement aux investigations ou actions proposés, des risques inhérents à ceux-ci et que le non-respect du devoir d'information cause à celui auquel l'information était légalement due un préjudice que le juge ne peut laisser sans réparation. En l'espèce, avait été administré un traitement par Heptamicol sans que n'aient été communiquées les informations médicales concernant les effets et contre-indications de ce médicament et sans vérification suffisante de la situation du patient qui avait pourtant donné connaissance de son activité sportive professionnelle, alors que le médicament contenait une substance interdite lors de certaines compétitions, ce qui avait entraîné un contrôle positif aux produits dopants.

Il est intéressant de noter que la cour d'appel avait rejeté cette demande en faisant valoir que le patient, « coureur aguerri, bien informé des incidences de ses actes et des risques encourus en matière de dopage, ne pouvait sérieusement soutenir que le non-respect du devoir d'information du médecin lui aurait causé un quelconque préjudice indemnisable », d'autant qu'était parallèlement relevé le comportement déloyal lié à la transgression des instructions reçues sur les dangers du dopage et des règles de bonnes conduites et de fonctionnement de l'équipe par l'obtention, par une consultation clandestine, de la prescription d'un produit contre-indiqué pouvant compromettre la participation au Tour de France. Sur ce point, la Cour de cassation a considéré que la cour d'appel avait pu en déduire que son préjudice matériel résultait exclusivement de sa propre faute.

Mais en ce qui concerne le droit fondamental d'être informé, peu importe ainsi le comportement éventuel du patient qui ne sera en rien exonératoire de la nécessaire réparation du préjudice subi du fait du non-respect du devoir d'information³². L'arrêt de la cour d'appel qui avait rejeté la demande de réparation du préjudice moral est cassé. Outre le caractère nécessairement adapté à la personnalité du patient, cet arrêt rappelle que l'information doit être donnée sur les effets secondaires des médicaments, en l'occurrence pour les personnes qui y seraient particulièrement exposées mais aussi de façon plus générale. C'est dire que l'information doit être complète et l'exigence de sa preuve qui pèse sur le professionnel de santé n'est pas pour autant appréciée de manière souple par les juges.

S. W.

3. La preuve de l'information

Civ. 1^{re}, 6 février 2013, n°12-17423.

La charge de la preuve incombe au professionnel de santé. Elle peut être rapportée par tous les moyens. Pour autant, la jurisprudence fait là aussi preuve de fermeté. Certes l'arrêt du 12 juin 2012 (n°11-18.928) pour lequel certains ont évoqué une extrême complaisance en vue de rassurer les professionnels de santé et leurs assureurs³⁴, approuve l'arrêt de la cour d'appel qui retient l'existence d'une même intervention antérieure (arthrodèse vertébrale) par le même praticien avec un résultat favorable, des consultations à de nombreuses reprises suivies de courriers au médecin traitant avant l'intervention qui démontrent le soin pris pour analyser avec la patiente, en liaison avec son médecin traitant, l'ensemble des éléments de nature à fonder un choix éclairé, établissant que le patient avait reçu toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles, le risque qui s'est ici réalisé étant un syndrome de la queue de cheval.

La jurisprudence a déjà admis que le dossier médical tenu par le médecin et une lettre envoyée par celui-ci à un correspondant auquel il avait adressé la patiente étaient des éléments suffisants pour démontrer que le praticien avait rempli son obligation d'information³⁵. Mais les éléments apportés pour prouver le « fait juridique » doivent être pertinents pour être considérés comme suffisants. En principe, il s'agit bien d'une appréciation souveraine des juges du fond.

Pourtant l'arrêt de cassation rendu le 6 février 2013 doit retenir l'attention. En l'espèce, la patiente avait signé une autorisation d'opérer avec accord sur l'information qui lui a été donnée (note 36), mais ce seul élément qui avait été considéré comme suffisant par la cour d'appel ne suffit pas à la Cour de cassation qui reproche aux juges du fond de ne pas avoir recherché si le médecin n'avait pas failli à son obligation d'explicitement les risques précis de l'abdominoplastie en ajoutant « notamment par la remise d'une brochure exhaustive, telle que celle qui avait été remise à Madame X... lors de la seconde intervention chirurgicale ».

(Note 36 : "j'accepte l'opération chirurgicale proposée par le docteur 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 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".)

Si la preuve est libre, la tendance est bien de la rapporter par écrit par le biais d'un consentement

signé du patient. Mais la portée générale qu'il peut avoir, sans mention explicite et précise des risques encourus, ne peut suffire à établir la pertinence de l'information donnée. La remise concomitante d'une « brochure exhaustive », formulaire de société savante ou autre document établi, pourrait ainsi permettre de justifier de l'information donnée sur les risques précis de l'intervention envisagée. Les recommandations HAS de mai 2012, considérant que le dossier contenant les informations de santé relatives à la personne mentionne les informations majeures qui lui ont été délivrées et que ces mentions suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, précisent qu'il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information ; de même lorsqu'il existe des documents d'information destinés aux patients, ces documents n'ont pas à être signés par la personne. Bien sûr, la délivrance d'écrits n'a pas pour vocation de se substituer à l'échange oral personnalisé, d'ailleurs imposé par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, mais dont il sera néanmoins compliqué de prouver la réalité et la teneur. On voit bien que c'est un faisceau d'indices qui va forger la conviction des juges et l'écrit signé du patient, s'il n'est pas suffisant en soi, reste l'un des éléments - encore attendu par les juges - qui pourra, en cumul avec d'autres, justifier de l'information donnée et de son adaptation à la situation personnelle du patient. Au total, il n'y a pas d'extrapolation à dire que, dans l'hypothèse finalement fréquente d'un défaut d'information exhaustif et pour le cas où la faute technique n'est pas établie et où les conditions d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale ne sont pas réunies, l'objectif est bien de permettre, d'abord de façon préventive, une appréciation en connaissance de cause par le patient qui, s'il ne consent pas in fine à l'acte préconisé, peut éviter le dommage corporel. Mais, il est aussi de faciliter et permettre une indemnisation, soit pour fraction du dommage corporel (perte de chance) résultant du risque réalisé, soit désormais au titre d'un préjudice moral autonome, ces deux indemnisations étant même parfois cumulativement admises par les juges.

S. W.

4. La sanction du défaut d'information

CE 10 octobre 2012 n° 350426, D. 2012,

Il convient de rappeler que la responsabilité fondée sur la faute d'information présente une faiblesse structurelle : pour prouver le lien de causalité entre cette faute et son dommage corporel, le patient doit établir qu'il aurait certainement refusé l'opération si le médecin l'avait correctement informé des risques qui y sont attachés. Or il existe souvent un doute relatif à l'attitude qu'aurait eue le patient s'il avait été correctement informé, doute qui rend incertain le lien causal. Pour venir en aide aux victimes, la jurisprudence a alors choisi de réparer un autre préjudice, distinct du dommage corporel, à savoir la perte de chance d'éviter celui-ci.³⁶ Ce déplacement du lien causal vers un préjudice de substitution permet d'écarter les doutes affectant la causalité puisqu'il est certain que le défaut d'information sur les risques de l'opération proposée a fait perdre au patient ne serait-ce qu'une chance d'éviter le dommage. Pour autant, la réparation de la perte de chance n'est pas toujours possible. Il en est ainsi lorsqu'il résulte des faits que le patient n'a perdu aucune chance d'éviter le dommage, puisque même informé des risques, il aurait accepté l'opération.

La question s'est alors posée de savoir s'il ne convenait pas dans cette hypothèse de réparer un dommage moral distinct de la perte de chance. Mais lequel ? Selon une première approche, le préjudice moral s'identifierait au préjudice « d'impréparation » au risque réalisé, notamment aux souffrances endurées en raison de l'impossibilité d'anticiper le dommage subi³⁷. Selon une autre approche, le dommage moral résulterait de la violation d'un nouveau droit subjectif de la personnalité, le droit du patient d'être correctement informé prenant appui sur le droit au respect de l'intégrité corporelle, reconnu à l'article 16-3 du Code civil, ainsi que le droit au respect de la dignité de la personne dont le respect est consacré à l'article 16 du même code. Après avoir refusé de s'engager dans cette voie, la Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence dans un arrêt du 3 juin 2010. Au visa des articles, 16, 16-3 et 1382 du Code civil, la Cour énonce que le non-respect du devoir d'information « cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice qu'en vertu du dernier des textes susvisés, le juge ne peut laisser sans réparation ». Deux

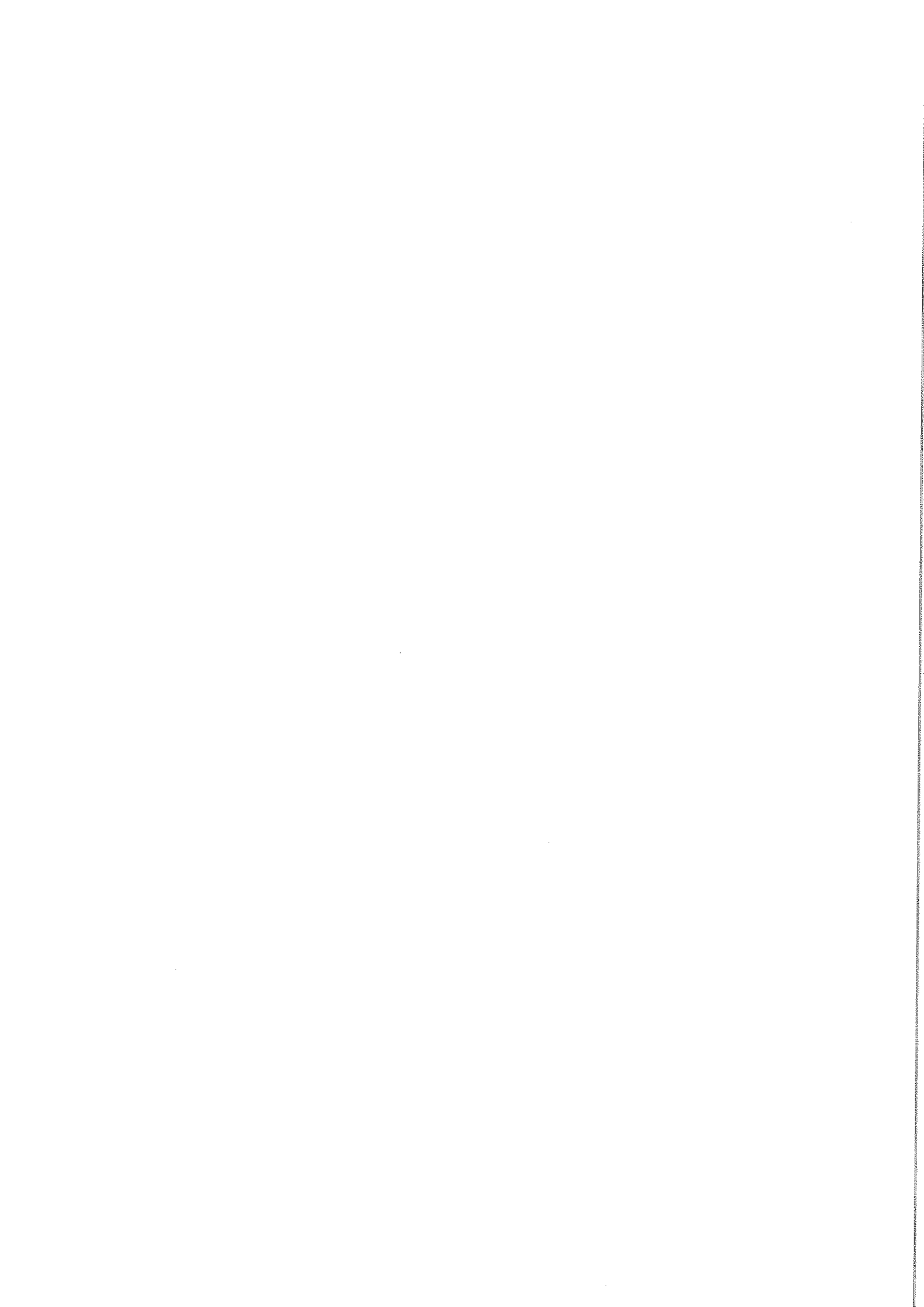
arguments militent en faveur d'un préjudice moral né de la violation du droit à l'information. En premier lieu, la Cour reconnaît que le défaut d'information cause toujours et nécessairement un dommage au patient. Or le préjudice peut être présumé lorsqu'il résulte de la violation d'un droit subjectif de la personnalité, à l'instar du droit au respect de la vie privée. En revanche, le préjudice d'impréparation nécessite d'être constaté au cas par cas par le juge, la victime devant rapporter la preuve que ses souffrances morales auraient été moindres si elle avait été préparée à l'éventualité du risque. En second lieu et surtout, l'arrêt avait été rendu au visa des articles 16 et 16-3 du Code civil. Le visa de l'article 1382 confortait cette lecture, dans la mesure où la violation d'un droit de la personnalité engage la responsabilité délictuelle de l'auteur du dommage sur le fondement de ce texte.

La consécration de ce préjudice moral a par la suite été réaffirmée par un arrêt du 12 juin 2012, la Cour n'ayant pas hésité à changer de visa et à faire appel aux « principes de la dignité de la personne humaine et d'intégrité du corps humain »⁴⁶ et à rattacher Le droit du patient à l'information à des principes supra législatifs⁴⁷. Cette avancée est également confirmée par un arrêt du 12 juillet 2012 aux termes duquel le droit à l'information est « un droit personnel, détaché des atteintes corporelles », dont la « lésion entraîne un préjudice moral »⁴⁸. Dans ce contexte, la position du Conseil d'État était fortement attendue.

L'arrêt du 10 octobre 2012 constitue un alignement partiel de la jurisprudence du Conseil d'État sur celle de la Cour de cassation concernant la sanction du défaut d'information. Selon le Conseil « 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 ; que, toutefois, devant les juges du fond, M. B...n'a pas invoqué un tel préjudice, dont il lui aurait appartenu d'établir la réalité et l'ampleur ; que, contrairement à ce qu'il soutient, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit en ne déduisant pas de la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu, l'existence d'un préjudice lui ouvrant droit à réparation ». Le Conseil d'État accepte désormais de réparer un préjudice moral indépendant de la perte de chance et rejoint en cela la Cour de cassation. En effet, en l'espèce il est constaté que le patient n'avait perdu aucune chance d'éviter le dommage en refusant l'opération. Pour autant, si la haute juridiction administrative accepte d'aller au-delà de la perte de chance et de consacrer un préjudice moral distinct, ce préjudice ne semble pas être le même que celui retenu par la Cour de cassation. En effet, selon l'arrêt, il s'agit du préjudice d'impréparation et non de celui résultant de la violation d'un droit subjectif de la personnalité.

Le Conseil en déduit que ce préjudice n'est pas automatique, qu'il ne découle pas ipso facto de la violation du devoir d'information et qu'il doit être constaté au cas par cas. Il ne se déduit pas de « la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu ». La preuve de ce préjudice d'impréparation n'ayant pas été rapportée en l'espèce, le patient ne l'ayant d'ailleurs même pas invoqué, le Conseil d'État approuve la cour d'appel d'avoir rejeté la demande⁴⁹. Cette divergence partielle est regrettable et contraire à l'esprit d'harmonisation de la loi du 4 mars 2002. Espérons que le rapprochement souhaité se fera au bénéfice des patients, autorisés à invoquer une présomption de préjudice en cas de violation du droit de la personnalité, quelle que soit la structure publique ou privée dans laquelle ils sont soignés.

M. B.



Document 21 : Conseil d'État, 28 juillet 2011

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. C, alors âgé de 57 ans, a subi au centre hospitalier d'Auxerre divers examens dont une radiographie thoracique le 13 mars 2001 et des biopsies bronchiques et un scanner thoracique le 10 mai 2001 ; que ces examens ont révélé l'existence d'un risque de cancer bronchique ; que M. C a de nouveau été admis au centre hospitalier d'Auxerre en janvier 2002 ; qu'a alors été diagnostiqué un cancer du poumon avec dissémination osseuse ; que M. C est décédé le 10 mars suivant ; que son épouse, Mme Jacqueline A, et ses deux filles, Mlles Magali et Céline B, se pourvoient en cassation contre l'arrêt par lequel la cour administrative d'appel de Lyon a annulé le jugement du tribunal administratif de Dijon qui avait condamné le centre à leur verser respectivement les sommes de 15 000 euros et 5 000 euros chacune ;

Sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi ;

Considérant qu'aux termes de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable à la date des faits litigieux : "Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. / Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées (...) " ; qu'en application de ces dispositions, il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé, à moins que celui-ci n'ait expressément demandé que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant ; que, par suite, la cour, après avoir relevé que les pièces du dossier ne permettaient pas d'établir que le médecin pneumologue du centre hospitalier ait informé M. C de la suspicion d'un cancer bronchique à l'issue des investigations menées en mars et mai 2001, n'a pu, sans commettre d'erreur de droit, juger que l'information de M. C avait été assurée par le seul envoi par l'hôpital du compte rendu des examens à son médecin traitant alors qu'il n'avait pas expressément demandé que seul ce dernier lui indique les résultats des investigations pratiquées sur sa personne ; que son arrêt doit par suite être annulé ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de régler l'affaire au fond en application des dispositions de l'article L. 821-2 du code de justice administrative ;

Sur la responsabilité du centre hospitalier d'Auxerre :

Considérant qu'ainsi qu'il a été dit ci-dessus, les praticiens des établissements publics de santé ont l'obligation d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé, à moins que celui-ci n'ait expressément demandé que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant ; qu'il appartient aux établissements publics de santé d'établir que cette information a été délivrée ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que les résultats des examens pratiqués le 10 mai 2001 permettaient de suspecter que M. C était atteint d'un cancer bronchique et impliquaient nécessairement des investigations complémentaires afin de poser le diagnostic et de proposer un traitement ; que le centre hospitalier n'établit pas que cette information a été apportée à l'intéressé à l'issue des examens en cause ; que, comme il a été dit ci-dessus, la circonstance que les résultats des examens ont été adressés au médecin traitant de M. C ne dispensait pas le centre hospitalier de son

obligation d'information du patient ; que le défaut d'information de M. C révèle, comme l'a jugé le tribunal administratif de Dijon, une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier d'Auxerre ; que cette faute a fait perdre à M. C une chance de recevoir des soins permettant de retarder son décès ;

Sur le préjudice :

Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport d'expertise que le traitement du cancer dont été atteint M. C aurait pu, s'il avait été entrepris à l'issue des examens effectués en mai 2001, permettre à ce dernier de survivre entre 26 et 37 mois de plus ; qu'il s'ensuit que le centre hospitalier d'Auxerre n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Dijon l'a condamné à verser à Mme A la somme de 10 000 euros au titre du préjudice moral qu'elle a subi et, au vu des revenus de M. C avant son décès, de 5 000 euros au titre du préjudice économique, ainsi que la somme de 5 000 euros à chacune des filles de M. C au titre de leur préjudice moral ; que les requérantes ne démontrent pas, dans leur appel incident, que ces indemnités aient été fixées à un niveau insuffisant ;

Sur l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, en application de ces dispositions, de mettre à la charge du centre hospitalier d'Auxerre une somme globale de 5 000 euros au titre des frais exposés par Mme Jacqueline A et Mlles Magali et Céline B, devant la cour administrative d'appel et le Conseil d'Etat, et non compris dans les dépens ;

DECIDE :

Article 1er : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Lyon du 23 juin 2009 est annulé.

Article 2 : La requête du centre hospitalier d'Auxerre et les conclusions incidentes de Mme Jacqueline A et de Mlles Magali et Céline B devant la cour administrative d'appel de Lyon sont rejetées.

Article 3 : Le centre hospitalier d'Auxerre versera à Mme Jacqueline A et à Mlles Magali et Céline B la somme globale de 5 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mme Jacqueline A, à Mlle Magali B, à Mlle Céline B et au centre hospitalier d'Auxerre.

Document 22 : Conseil d'État, 24 septembre 2012

1. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que Mlle F... a subi le 13 mars 2002 à l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon une opération de résection costale destinée à soulager le syndrome de la traversée thoraco-brachiale dont elle était atteinte ; que cette opération a été suivie de complications neurologiques, sensibles et motrices ; que l'intéressée, qui a notamment été contrainte d'abandonner son métier de coiffeuse, 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'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), au titre de la réparation des aléas thérapeutiques ; que son recours a été rejeté par un jugement du 11 avril 2006 du tribunal administratif de Lyon, confirmé par un arrêt du 3 novembre 2009 de la cour administrative d'appel de Lyon contre lequel elle se pourvoit en cassation ;

Sur l'arrêt attaqué, en tant qu'il statue sur la responsabilité pour faute des Hospices civils de Lyon :

2. 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 ;

3. 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 ;

4. 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 cour administrative d'appel 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 Mlle F...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 ;

Sur l'arrêt attaqué, en tant qu'il statue sur l'application des dispositions de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique :

5. Considérant qu'aux termes du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable aux circonstances de l'espèce : " Lorsque la responsabilité (...) d'un établissement (...) n'est pas engagée, un accident médical (...) ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la

durée de l'incapacité temporaire de travail. / Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret “ ; que, selon l'article D. 1142-1 du même code : “ Le pourcentage mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1142-1 est fixé à 24 %. / (...) A titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu : / 1° 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 ; / 2° Ou 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 “ ;

6. Considérant qu'il ressort des constatations mêmes de l'arrêt attaqué que les complications neurologiques de l'intervention ont pris chez... “ ; que l'intéressée a subi une incapacité temporaire totale de près de six mois ; que si l'invalidité permanente partielle dont elle demeure atteinte a été évaluée à 20 % seulement, elle l'a néanmoins rendue définitivement inapte à exercer la profession de coiffeuse qui était la sienne ; qu'eu égard à l'anormalité et à la gravité de ces conséquences, et alors même que l'intéressée a pu reprendre une activité en qualité d'agent administratif, la cour administrative d'appel a inexactement qualifié les faits de l'espèce en jugeant que les conditions auxquelles les dispositions précitées subordonnent la prise en charge des aléas thérapeutiques au titre de la solidarité nationale n'étaient pas remplies ;

7. Considérant qu'il résulte de ce qui précède, et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi, que Mlle F...est fondée à demander l'annulation de l'arrêt du 3 novembre 2009 de la cour administrative d'appel de Lyon ; que, la requérante ayant obtenu le bénéfice de l'aide juridictionnelle, son avocat peut se prévaloir des dispositions des articles L. 761-1 du code de justice administratives et 37 de la loi du 10 juillet 1991 ; qu'il y a lieu, sous réserve que la SCP Blanc, Rousseau, avocat de MlleF..., renonce à percevoir la somme correspondant à la part contributive de l'Etat, de mettre à la charge des Hospices civils de Lyon et de l'ONIAM la somme de 1 500 euros chacun, à verser à cette société ;

D E C I D E :

Article 1er : L'arrêt du 3 novembre 2009 de la cour administrative d'appel de Lyon est annulé.

Article 2 : L'affaire est renvoyée à la cour administrative d'appel de Lyon.

Article 3 : Les Hospices civils de Lyon et l'ONIAM verseront chacun à la SCP Blanc, Rousseau, avocat de Mlle F..., une somme de 1 500 euros en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 37 de la loi du 10 juillet 1991, sous réserve que cette société renonce à percevoir la somme correspondant à la part contributive de l'Etat.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mlle A...F..., aux Hospices civils de Lyon et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Document 23 : Conseil d'État, Responsabilité civile et assurances, 10 octobre 2012 (extrait)

1. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. B...a subi le 1er mars 2002 au centre hospitalier régional et universitaire de Rouen une intervention chirurgicale rendue nécessaire par la découverte d'une tumeur rectale ; qu'un abcès périnéal et une fistule sont apparus huit jours après l'opération ; que la fistule a été traitée sans succès par des soins locaux et quatre injections de colle biologique jusqu'au début du mois de juillet 2003 ; que, le 24 juillet 2003, M. B...a subi à l'hôpital Saint-Antoine à Paris une intervention chirurgicale qui a permis la consolidation de son état de santé ; que M. B...et Mme C... ont recherché la responsabilité du centre hospitalier régional et universitaire de Rouen devant le tribunal administratif de Rouen, qui a rejeté leur demande par un jugement du 9 juillet 2009 ; qu'ils se pourvoient en cassation contre l'arrêt du 16 novembre 2010 par lequel la cour administrative d'appel de Douai a confirmé ce jugement ;

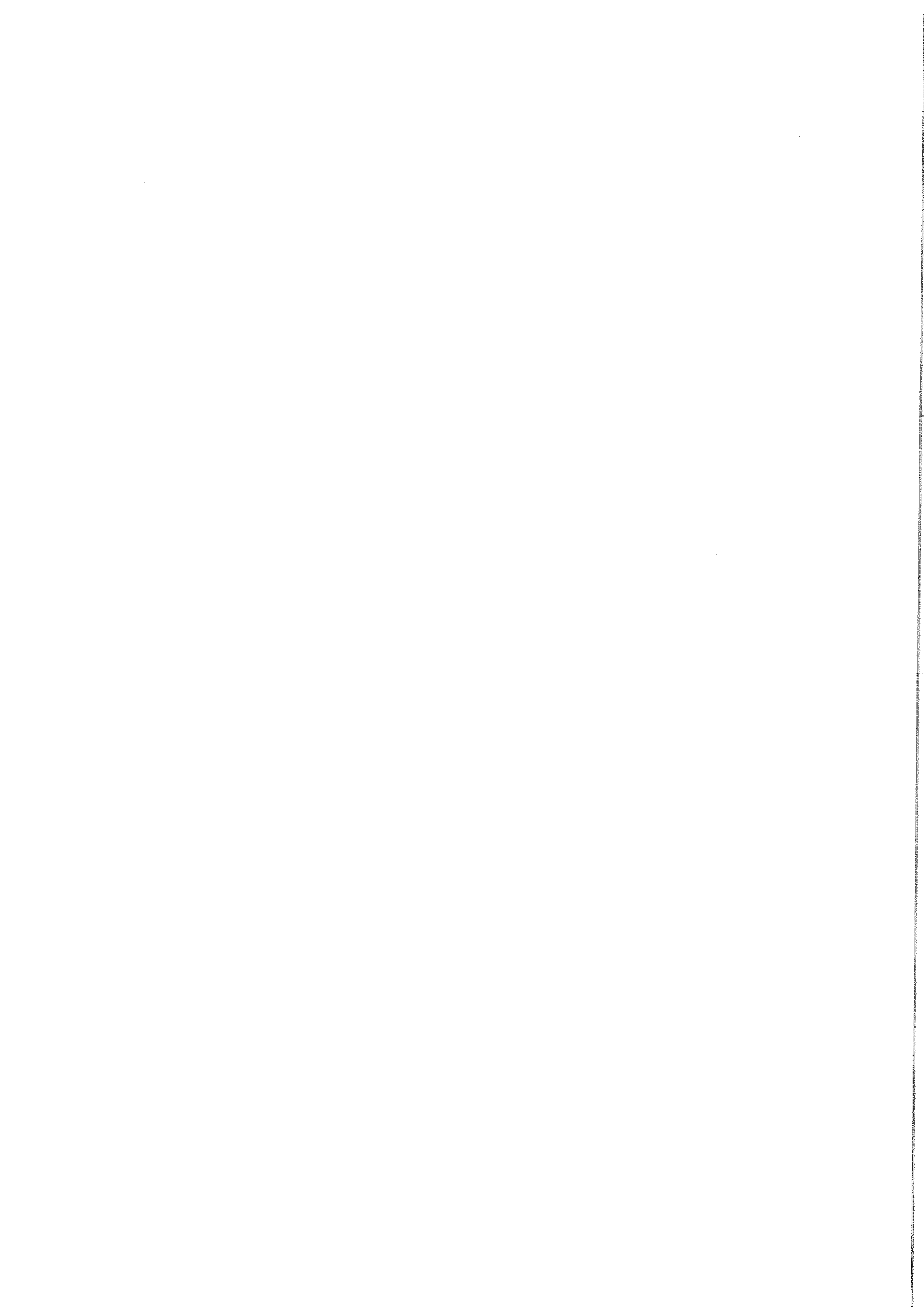
Sur la responsabilité du centre hospitalier régional et universitaire de Rouen au titre d'un manquement à l'obligation d'information :

2. 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 ;

3. 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 ;

4. Considérant que la cour administrative d'appel a jugé que le centre hospitalier régional et universitaire de Rouen n'établissait pas que M. B...avait été informé, avant l'opération chirurgicale du 1er 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 ; qu'elle a toutefois retenu qu'il ressortait tant du compte rendu faisant suite à l'examen par coloscopie réalisé le 28 janvier 2002 que du rapport de l'expert que cette intervention était impérieusement requise pour extraire la tumeur dont M. B...était porteur ; que ce motif, exempt de dénégation, justifie l'affirmation de la cour selon laquelle le manquement des médecins à leur obligation d'information n'a pas, dans les circonstances de l'espèce, fait perdre à l'intéressé une chance de refuser l'intervention et d'échapper ainsi à ses conséquences dommageables ; que si l'arrêt énonce que " par ailleurs, (M.B...) ne justifie, ni même n'allègue, qu'il aurait renoncé à cette intervention s'il avait été informé des risques qu'elle comportait ", ce motif, qui par lui-même n'était pas de nature à justifier le rejet des conclusions de l'intéressé, présente un caractère surabondant en sorte que l'erreur de droit que la cour a commise en le faisant figurer dans son arrêt ne justifie pas la cassation demandée ;

5. Considérant qu'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 ; que, toutefois, devant les juges du fond, M. B...n'a pas invoqué un tel préjudice, dont il lui aurait appartenu d'établir la réalité et l'ampleur ; que, contrairement à ce qu'il soutient, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit en ne déduisant pas de la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu, l'existence d'un préjudice lui ouvrant droit à réparation ;





LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT :

Durée : 5h

3ième année LICENCE Droit

Semestre : semestre 5

Nom de l'enseignant : H. KERJEAN

Session : 1ERE session

Document autorisé (DOSSIER JOINT)

NOTE DE SYNTHÈSE

Sujet :

Dans le cadre de sa démarche « qualité des relations avec les usagers », le centre hospitalier universitaire de la ville de X a eu connaissance de remarques exprimées par les patients et leur famille concernant le manque d'échange avec le corps médical.

Dans un souci de qualité de service tout autant que de sécurité juridique, le directeur de cet établissement souhaite que le CHU soit exemplaire dans ce domaine. Il souhaite dans cet objectif diffuser un document d'information et de rappel des obligations et bonnes pratiques à l'ensemble du personnel médical. En tant que chef du service juridique, il vous demande de rédiger une note sur le droit à l'information des usagers du système de santé et ses modalités d'application qui servira de base à l'élaboration de ce document de communication interne. Afin de permettre au corps médical de mesurer les enjeux et les risques dans ce domaine.

Dossier joint : 23 documents (60 pages)

Sommaire

Document 1 : Code civil (extraits)	<i>4 pages</i>
Document 2 : Code de la santé publique (extraits)	<i>10 pages</i>
Document 3 : Exposé des motifs projet de loi « droits des malades » (extrait 5 sept 2001)	<i>4 pages</i>
Document 4 : Exposé des motifs du projet de loi relatif à la santé (extrait 15 oct 2014)	<i>2 pages</i>
Document 5 : Cour administrative d'Appel de Nantes, 21 février 2013	<i>3 pages</i>
Document 6 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 9 octobre 2001	<i>1 page</i>
Document 7 : Commission des usagers de la santé- site internet ARS	<i>2 pages</i>
Document 8 : Label régional 2018 « droits des usagers de la santé »	<i>1 page</i>
Document 9 : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades » (extraits)	<i>1 page</i>
Document 10 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 3 juin 2010	<i>2 pages</i>
Document 11 : Livret d'accueil des établissements de santé	<i>4 pages</i>
Document 12 : Code de déontologie- commentaires de l'ordre des médecins	<i>4 pages</i>
Document 13 : Cour de cassation, 12 juin 2012-commentaire S. Hocquet-Berg	<i>2 pages</i>
Document 14 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 26 septembre 2012	<i>1 page</i>
Document 15 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 16 janvier 2013	<i>1 page</i>
Document 16 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000	<i>4 pages</i>
Document 17 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000	<i>2 pages</i>
Document 18 : Conseil d'État, 19 mai 2004. Notion de perte de chance	<i>1 page</i>
Document 19 : Conseil d'État, 30 mars 2009	<i>1 page</i>
Document 20 : Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie-2013	<i>5 pages</i>
Document 21 : Conseil d'État, 28 juillet 2011	<i>2 pages</i>
Document 22 : Conseil d'État, 24 septembre 2012	<i>2 pages</i>
Document 23 : Conseil d'État, 10 oct 2012. Responsabilité civile et assurances.	<i>1 page</i>

Document 1 : Code civil (extraits)

Code civil

- Livre Ier : Des personnes
 - Titre IX : De l'autorité parentale
 - Chapitre Ier : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant

Article 371

L'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère.

Article 371-1

Modifié par LOI n°2013-404 du 17 mai 2013 - art. 13

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Article 371-2

Chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant.

Cette obligation ne cesse pas de plein droit lorsque l'enfant est majeur.

Article 371-3

L'enfant ne peut, sans permission des père et mère, quitter la maison familiale et il ne peut en être retiré que dans les cas de nécessité que détermine la loi.

Section 1 : De l'exercice de l'autorité parentale

Paragraphe 1 : Principes généraux.

Article 372

Modifié par LOI n°2016-1547 du 18 novembre 2016 - art. 16

Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale.

Toutefois, lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un d'entre eux plus d'un an après la naissance d'un enfant dont la filiation est déjà établie à l'égard de l'autre, celui-ci reste seul investi de l'exercice de l'autorité parentale. Il en est de même lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard du second parent de l'enfant.

L'autorité parentale pourra néanmoins être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère adressée au directeur des services de greffe judiciaires du tribunal de grande instance ou sur décision du juge aux affaires familiales.

Article 372-2

A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant.

Article 373

Est privé de l'exercice de l'autorité parentale le père ou la mère qui est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause.

Article 373-1

Si l'un des père et mère décède ou se trouve privé de l'exercice de l'autorité parentale, l'autre exerce seul cette autorité.

Section 2 : De l'assistance éducative

Article 375

Modifié par LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 28

Modifié par LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 30

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel.

Elles peuvent être ordonnées en même temps pour plusieurs enfants relevant de la même autorité parentale.

La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse excéder deux ans. La mesure peut être renouvelée par décision motivée.

Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement, ou tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans, au juge des enfants.

Titre XI : De la majorité et des majeurs protégés par la loi

Chapitre Ier : Des dispositions générales

Section 2 : Des dispositions communes aux majeurs protégés

Article 415

Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire selon les modalités prévues au présent titre.

Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne.

Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci.

Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique.

- Chapitre II : Des mesures de protection juridique des majeurs
 - Section 4 : De la curatelle et de la tutelle

Sous-section 4 : Des effets de la curatelle et de la tutelle quant à la protection de la personne

- Article 457-1

La personne protégée reçoit de la personne chargée de sa protection, selon des modalités adaptées à son état et sans préjudice des informations que les tiers sont tenus de lui dispenser en vertu de la loi, toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part.

Article 458

Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée.

Sont réputés strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant.

Article 459 En savoir plus sur cet article...

Modifié par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 116

Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la

personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

Article 459-1

L'application de la présente sous-section ne peut avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles prévoyant l'intervention d'un représentant légal.

Toutefois, lorsque la mesure a été confiée à une personne ou un service préposé d'un établissement de santé ou d'un établissement social ou médico-social dans les conditions prévues à l'[article 451](#), et que cette personne ou ce service doit soit prendre une décision nécessitant l'autorisation du juge ou du conseil de famille en application du troisième alinéa de l'[article 459](#), soit accomplir au bénéfice de la personne protégée une diligence ou un acte pour lequel le code de la santé publique prévoit l'intervention du juge, ce dernier peut décider, s'il estime qu'il existe un conflit d'intérêts, d'en confier la charge au subrogé curateur ou au subrogé tuteur, s'il a été nommé, et à défaut à un curateur ou à un tuteur ad hoc.

Document 2 : Code de la santé publique (extraits)

Partie législative

- Première partie : Protection générale de la santé
 - Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé
 - Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé
 - Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté
 - Section 1 : Principes généraux

Article L1111-1

Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

Article L1111-1-1 En savoir plus sur cet article...

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 88

Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées.

Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé.

Article L1111-2

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7

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. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficiaire de l'une de ces formes de prise en charge. 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 articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. 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.

Article L1111-3

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Cette information est gratuite.

Article L1111-3-1

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 94

Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

Article L1111-3-2

Modifié par Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 - art. 9

I.-L'information est délivrée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les centres de santé :

1° Par affichage dans les lieux de réception des patients ;

2° Par devis préalable au-delà d'un certain montant.

S'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

II.-Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, le devis normalisé comprend de manière dissociée le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé et le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Le professionnel de santé remet par ailleurs au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, en se fondant le cas échéant sur les éléments fournis par un prestataire de services ou un fournisseur.

III.-Les informations mises en ligne par les établissements de santé en application du dernier alinéa du I peuvent être reprises sur le site internet de la Caisse nationale de l'assurance maladie et plus généralement par le service public mentionné à l'article L. 1111-1.

Article L1111-3-3

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Les modalités particulières d'application de l'article L. 113-3 du code de la consommation aux prestations de santé relevant de l'article L. 1111-3, du I et du second alinéa du II de l'article L. 1111-3-2 du présent code en ce qui concerne l'affichage, la présentation, les éléments obligatoires et le montant au-delà duquel un devis est établi ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux délivrés sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

Le devis normalisé prévu au premier alinéa du II de l'article L. 1111-3-2 est défini par un accord conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. A défaut d'accord, un devis type est défini par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

Article L1111-3-4

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ne peuvent facturer au patient que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées.

Les professionnels de santé liés par l'une des conventions mentionnés à l'article L. 162-14-1 dudit code et les services de santé liés par une convention avec un organisme national ou local assurant la gestion des prestations maladie et maternité des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne peuvent facturer que les frais correspondant à la prestation de soins assurée et ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins.

Article L1111-3-5

Modifié par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art. 17

Les manquements aux obligations prévues aux articles L. 1111-3, L. 1111-3-2, L. 1111-3-3 et L. 1111-3-4 du présent code sont recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans les conditions définies à l'article L. 511-7 du code de la consommation.

Ces manquements sont passibles d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. L'amende est prononcée dans les conditions prévues au chapitre II du titre II du livre V du code de la consommation.

Article L1111-3-6

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217

Lors de sa prise en charge, le patient est informé par le professionnel de santé ou par l'établissement de santé, le service de santé, l'un des organismes mentionnés à l'article L. 1142-1 ou toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins l'employant, que ce professionnel ou cette personne remplit les conditions légales d'exercice définies au présent code.

Le patient est également informé par ces mêmes professionnels ou personnes du respect de l'obligation d'assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée dans le cadre des activités prévues au même article L. 1142-1.

Article L1111-4

Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale

mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L1111-5

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Article L1111-5-1

Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7

Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Article L1111-6

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Article L1111-7

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides qui sont formalisées 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, feuilles 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. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou

à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

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 Ier 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 aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1, 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, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V 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.

NOTA :

Conformément aux dispositions du I de l'article 3 de l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018, ces dispositions entrent en vigueur à compter de l'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 6323-1-15 du code de la santé publique et au plus tard le 1er avril 2018, sous réserve des dispositions des II et III dudit article 3.

Article L1111-8

Modifié par Ordonnance n°2017-27 du 12 janvier 2017 - art. 1

I.-Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement dans les conditions prévues au présent article.

L'hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou numérique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime.

La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat.

II.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I sur support numérique est titulaire d'un certificat de conformité. S'il conserve des données dans le cadre d'un service d'archivage électronique, il est soumis aux dispositions du III.

Ce certificat est délivré par des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou l'instance nationale d'accréditation d'un autre Etat membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

Les conditions de délivrance de ce certificat sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

III.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I est agréé par le ministre chargé de la culture pour la conservation de ces données sur support papier ou sur support numérique dans le cadre d'un service d'archivage électronique.

Les conditions d'agrément sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par les articles L. 121-1, L. 121-2 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

IV.-La nature des prestations d'hébergement mentionnées aux II et III, les rôles et responsabilités de l'hébergeur et des personnes physiques ou morales pour le compte desquelles les données de santé à caractère personnel sont conservées, ainsi que les stipulations devant figurer dans le contrat mentionné au I sont précisés par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

V.-L'accès aux données ayant fait l'objet d'un hébergement s'effectue selon les modalités fixées dans le contrat dans le respect des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

Les hébergeurs ne peuvent utiliser les données qui leur sont confiées à d'autres fins que l'exécution de la prestation d'hébergement. Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données aux personnes qui les lui ont confiées, sans en garder de copie. Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreints au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

VII.-Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal.

NOTA :

Conformément au I de l'article 3 de l'ordonnance n° 2017-27 du 12 janvier 2017, ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2019

Partie réglementaire

- Quatrième partie : Professions de santé
 - Livre Ier : Professions médicales
 - Titre II : Organisation des professions médicales
 - Chapitre VII : Déontologie
 - Section 1 : Code de déontologie médicale
 - Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins.

Article R4127-1

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 1

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article R. 4127-88.

Conformément à l'article L. 4122-1, l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

Article R4127-2

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article R4127-35

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2

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. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article R4127-36

Modifié par Décret n°2016-1066 du 3 août 2016 - art. 1

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42.

Article R4127-42

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Article R4127-45

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2

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.

Article R4127-46

Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2

Lorsqu'un patient demande à avoir accès à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci remplit cette mission en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuse en cas de conflit d'intérêts.

Document 3 :

Exposé des motifs du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 septembre 2001 (extrait))

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi s'inscrit dans le cadre de la politique suivie par le Gouvernement visant à démocratiser le fonctionnement du système de santé et à améliorer sa qualité. Il complète et conforte les réformes intervenues récemment dans ce domaine : renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, lutte contre les exclusions, couverture maladie universelle qui assure la gratuité des soins pour les personnes les plus démunies, droit des personnes malades d'accéder à des soins palliatifs.

La préparation de ce texte a été annoncée par le Premier ministre lors de la clôture des Etats généraux de la santé qui se sont déroulés de l'automne 1998 à fin juin 1999 et qui ont mobilisé un grand nombre de participants sur des questions de fond touchant la santé des citoyens et le fonctionnement du système de santé. Les quelque mille réunions qui ont été organisées dans ce cadre ont montré une forte demande du public, et notamment des associations de malades et d'usagers, en faveur d'une médecine plus humaine et d'une politique de santé plus complète et plus globale. C'est pour répondre à cette demande qu'un groupe de travail, présidé par M. Etienne CANIARD, a été formé sur la place des usagers dans le système de santé. Le rapport de ce groupe de travail, rendu en mars 2000, insiste sur la nécessité de donner une place à l'expression des usagers au niveau national, au niveau régional et dans les établissements de santé, de permettre aux usagers d'être partie prenante dans les orientations de la politique de santé et de favoriser le débat public et l'information des citoyens.

Les conclusions des Etats généraux de la santé et celles du rapport du groupe de travail, ainsi que les réflexions engagées par les pouvoirs publics sur d'autres aspects du fonctionnement du système de santé ont servi de base à la rédaction du présent projet de loi, qui répond aux attentes légitimes des malades et de la population, notamment en définissant les conditions d'un équilibre harmonieux des responsabilités entre les usagers, les professionnels, les institutions sanitaires et l'Etat. Ce texte a pour objectifs de développer la démocratie sanitaire (titre I^{er}), d'améliorer la qualité du système de santé (titre II) et de mieux réparer les risques sanitaires (titre III). Il a fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des représentants des usagers et des professionnels.

CHAPITRE II- Droits des usagers

Ce chapitre vise à tirer les conséquences de l'évolution de la relation entre malade et médecin dans notre société. Cette évolution est souhaitée tant par les malades et leurs associations que par les professionnels de santé eux-mêmes. La notion de patient au sens de personne passive soumise aux décisions médicales doit être dépassée. La relation repose davantage sur la responsabilité, faisant du malade un véritable acteur de sa santé, partenaire des professionnels. Une relation plus équilibrée doit s'établir entre le professionnel de santé et le malade.

Cette place nouvelle dévolue au malade nécessite qu'il soit bien informé afin de pouvoir se prendre en charge en pleine autonomie.

Il s'agit de donner à l'usager tous les moyens d'exprimer sa volonté afin qu'il puisse élaborer sa propre décision.

Article 6 (information des usagers du système de santé et expression de leur volonté)

L'article 6 du projet de loi modifie l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, désormais consacré à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté. Il y insère de nouveaux articles L. 1111-1 à L. 1111-6.

Le consentement libre et éclairé a pour condition nécessaire l'information : celle-ci est l'objet de **l'article L. 1111-1** nouveau.

Le droit à l'information est déjà prévu dans plusieurs textes traitant de situations spécifiques, par exemple s'agissant du prélèvement d'organes, des recherches biomédicales ou des obligations d'information applicables aux praticiens hospitaliers. Dans le code de déontologie médicale, le principe est affirmé en tant que devoir du médecin. Mais le droit à l'information relève d'un principe général qui se doit d'être consacré dans le code de la santé publique.

L'article prévoit donc tout d'abord un droit général pour toute personne à être informée par les professionnels de santé sur son état de santé et aussi sur les soins qui lui sont proposés, sur leurs conséquences et les risques éventuels qu'ils comportent mais également sur les solutions alternatives et sur les conséquences éventuelles d'un refus de sa part.

L'objectif est de lui permettre de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation et à éclairer sa prise de décision, afin qu'elle soit en mesure de consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et traitements envisagés à son égard.

L'obligation d'information est également prescrite lorsque les risques liés à des actes de soins ou de préventions sont identifiés postérieurement à la réalisation de ces actes.

Parallèlement, le projet de loi préserve la volonté du malade de ne pas être informé : ce principe du droit de ne pas savoir, posé notamment dans la Convention européenne sur la biomédecine, est le corollaire du droit de savoir. Une exception est prévue lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission, par exemple infectieuse ou génétique : dans ce cas, il faut que le malade puisse exercer sa responsabilité vis-à-vis d'autrui.

Des dispositions spécifiques sont prévues pour les mineurs et majeurs sous tutelle qui, outre les dispositions légales relatives à l'autorité parentale ou à la tutelle, doivent recevoir une information adaptée.

Afin de guider les professionnels dans l'exercice de cette mission, des références professionnelles doivent être définies par l'ANAES.

Enfin le projet consacre la solution jurisprudentielle du problème de la charge de la preuve en précisant qu'elle incombe aux professionnels de santé ; cette preuve peut être apportée par tout moyen : il ne s'agit en aucun cas de systématiser la pratique consistant à remettre un document écrit, même si l'écrit peut, dans certaines circonstances, apporter au malade un complément utile aux informations délivrées dans le cadre du colloque singulier.

Le droit à l'information porte également sur les coûts occasionnés par les soins, qu'il s'agisse des frais incombant à la personne elle-même ou des modalités habituelles de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie : tel est l'objet de **l'article L. 1111-2** nouveau.

L'article L. 1111-3 nouveau concerne le consentement. Il vise, en renforçant le droit au consentement libre et éclairé, à lever les ambiguïtés qui ont pu marquer cette notion au cours de son histoire, en passant d'une acceptation passive par la personne malade d'une décision médicale à une véritable expression de sa volonté. Le consentement devient ainsi l'instrument privilégié de l'autonomie de la personne.

Des dispositions sur le consentement existent déjà dans des textes de nature différente : la Convention

européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine consacre un chapitre entier au consentement ; le code de déontologie médicale lui fait une place privilégiée, mais il s'agit toutefois dans ce cadre davantage d'un devoir du médecin que d'un droit du malade ; la charte du patient hospitalisé rappelle également l'importance de ce principe. La loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales en a fait une pierre angulaire de son dispositif. Une des lois de bioéthique du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a introduit dans le code civil l'obligation de recueillir le consentement de la personne préalablement à toute intervention thérapeutique. Les conséquences de ce principe du consentement sont ensuite tirées dans l'ensemble des dispositions du code de la santé publique relatives à la bioéthique (assistance médicale à la procréation, don d'organe, médecine prédictive...).

Le texte consacre sur un plan général l'évolution précitée des relations entre malade et médecin en posant le principe que la personne prend les décisions concernant sa santé, compte tenu des informations que lui donnent les professionnels de santé et des choix qu'ils préconisent.

Il fixe les éléments de la notion de consentement éclairé comme manifestation de la volonté et de la responsabilité de la personne.

Le droit de refuser des soins fait l'objet de précisions, notamment sur l'obligation faite au médecin d'informer le malade des conséquences de son choix qui doit en tout état de cause être respecté.

Le souci de privilégier dans toute la mesure du possible la recherche du consentement inspire également la disposition du projet, proche de celle existant dans le code de déontologie médicale, subordonnant toute intervention ou investigation devant être effectuée sur une personne se trouvant dans l'incapacité de s'exprimer à la consultation d'un tiers susceptible d'éclairer l'équipe médicale sur la volonté du malade : personne de confiance (instituée par **l'article L. 1111-5**), famille ou membre de l'entourage direct. Seule l'urgence ou l'impossibilité de joindre ces tiers peut justifier que cette obligation ne soit pas respectée.

Sans préjudice des règles habituelles relatives à l'autorité parentale et à la représentation légale, des dispositions spécifiques sont également prévues pour les mineurs et les majeurs sous tutelle afin de sauvegarder, de façon adaptée à leur situation, leur droit de participer aux décisions les concernant. Il s'agit de l'application de principes généraux exprimés notamment par la Convention de New York sur les droits de l'enfant.

Enfin, cet article précise que l'examen de la personne dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement : cette exigence est l'application du respect de la dignité de la personne dans des situations où cette exigence de respect n'a pas toujours été suffisamment perçue. Il est également prévu qu'un tel enseignement, comportant l'examen de malades, intègre une information sur l'obligation de respecter les droits des malades.

L'article L. 1111-4 nouveau vise en premier lieu à apporter une réponse à certaines situations rares mais qui peuvent entraîner des difficultés graves dans la prise en charge des adolescents. Aussi, par dérogation aux règles du code civil, lorsqu'un mineur désire garder le secret quant à sa santé à l'égard de ses parents, le médecin peut, après avoir tenté de le convaincre d'informer ses parents et de recueillir leur consentement, intervenir sans consentement parental pour sauvegarder la santé du mineur, c'est-à-dire en fait lorsque l'absence de soins risquerait d'entraîner des conséquences graves pour la santé du malade. Le consentement du mineur est bien sûr requis et l'accompagnement par une personne référente majeure est recherché.

Ce projet est également l'occasion de mettre en cohérence les dispositions relatives aux mineurs et celles de la loi relative à la couverture maladie universelle (CMU) concernant les mineurs de plus de

seize ans. Ces derniers, lorsqu'ils sont en rupture avec leur famille, peuvent en effet bénéficier personnellement de la CMU et de la protection complémentaire en matière de santé. Dès lors qu'ils ont acquis leur totale autonomie au niveau de la prise en charge sociale, il convient de leur accorder l'autonomie en ce qui concerne le consentement.

L'article L. 1111-5 nouveau prend en compte les situations dans lesquelles la personne malade se trouve hors d'état d'exprimer son consentement. Afin de préserver son droit, le projet lui ouvre la possibilité de désigner au préalable une personne de confiance, habilitée à être informée et consultée dans une telle situation, et plus généralement, à l'accompagner dans son parcours au sein du système de santé. Il prévoit que lors d'une hospitalisation, la désignation de la personne de confiance est proposée au malade : elle pourrait s'effectuer lors des formalités d'admission.

L'article L. 1111-6 nouveau traite de l'accès de toute personne aux informations médicales détenues par des professionnels ou établissements de santé : il s'agit notamment du dossier médical. D'ores et déjà, des textes divers précisent les conditions de la communication aux personnes d'informations médicales les concernant, dans différentes circonstances : loi hospitalière (actuel article L. 1112-1 du code de la santé publique) s'agissant des dossiers médicaux dans les établissements de santé, loi « informatique et libertés » s'agissant des informations contenues dans des fichiers, règles d'accès aux documents administratifs s'agissant de documents détenus par des administrations publiques.

Tous ces textes ont en commun de prévoir que la communication à la personne intéressée des informations ou des documents à caractère médical la concernant se fait par l'intermédiaire d'un médecin désigné par elle.

Le droit d'accès direct est une des revendications fortes des malades et des usagers depuis un certain nombre d'années, exprimée notamment au cours des états généraux de la santé. Il s'agit de consacrer, de façon générale, un droit d'accès de la personne aux informations qui ont été recueillies et formalisées concernant sa santé : comptes rendus divers, résultats d'examens, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels. Ces informations peuvent prendre des formes diverses : documents de toute sorte, dossiers, fichiers informatiques. Le texte a une portée générale.

Le texte préserve toutefois la confidentialité des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers autres que les professionnels participant à la prise en charge du malade : les membres de la famille ou de l'entourage du malade, par exemple, peuvent avoir fait des confidences au médecin, qui sont couvertes par le secret médical.

Une fois supprimée la médiation obligatoire par un médecin, qui visait à protéger le malade contre les effets de la découverte brutale d'informations, qui peuvent être d'autant plus traumatisantes que leur technicité peut donner lieu à des interprétations erronées, il est apparu nécessaire de prévoir des modalités qui limitent ces risques, en particulier l'accompagnement par une tierce personne -recommandé mais, sauf exception, non imposé-. Une procédure particulière est prévue pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, qui nécessitent une protection spécifique.

De même, s'agissant des mineurs, il peut être opportun, dans certaines situations familiales difficiles qu'ait lieu, si le mineur le souhaite, la médiation par un médecin lorsque les titulaires de l'autorité parentale accèdent au dossier.

Le dossier des personnes décédées est couvert par le secret médical : l'accès de leurs ayants droit aux informations les concernant obéit aux règles définies dans l'article L. 1110-4 nouveau créé par l'article 2.

Document 4

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014.

PROJET DE LOI *relatif à la santé*,

Chapitre IV – Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Le chapitre IV du titre II vise à améliorer l'information de nos concitoyens sur les sujets de santé. L'amélioration de l'accès de tous les Français à l'information en santé est un outil puissant de réduction des inégalités ainsi qu'une exigence de démocratie sanitaire. C'est aussi le moyen d'aider nos concitoyens à mieux maîtriser les enjeux de leur prise en charge, pour qu'ils en deviennent des acteurs éclairés.

Article 21 : cet article prévoit la mise en œuvre d'un service public d'information en santé, dans le droit fil des réalisations récentes que sont la base de données publique sur le médicament ou la base de données publique Transparence-Santé, qui rend accessible l'ensemble des informations déclarées par les entreprises sur les liens d'intérêts qu'elles entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé.

Les inégalités d'accès à l'information sont déterminantes en matière de santé car elles influent directement sur les comportements à risque, les conduites addictives, l'orientation dans le système de santé et l'efficacité de la prise en charge médicale. Dans un contexte où le patient est de plus en plus acteur de sa propre prise en charge et où l'accès à l'information publique de santé est à la fois limité et inégalitaire, il est de la responsabilité de la puissance publique d'organiser un véritable service public d'information global sur la santé, de la prévention à l'orientation dans le système.

Le service public d'information en santé prendra la forme d'une plate-forme multimédia (web mobile, téléphonique...) facilement accessible et à jour. En offrant des informations relatives à l'orientation dans le système sanitaire et médico-social, il réduira la complexité du système de santé et contribuera à améliorer les prises en charge tout en soutenant les médecins traitants, sur qui reposent aujourd'hui les attentes considérables des patients en la matière. Il sera mis en place au niveau national et au niveau régional via les agences régionales de santé.

Article 22 : cet article propose l'expérimentation de dispositifs d'accompagnement des patients.

Le constat de l'insuffisante coordination des parcours de santé fait apparaître, en miroir, la nécessité de mieux accompagner le patient dans l'exercice ou la reconquête de son autonomie, en particulier lorsqu'il est affecté par la maladie chronique ou particulièrement exposé.

Ainsi que plusieurs initiatives associatives l'ont montré, l'accompagnement par des tiers aide les malades à faire face à la charge d'une maladie chronique ou évolutive. La loi introduit la possibilité d'expérimenter, par la voie de conventions signées entre l'agence régionale de santé (ARS) et des

acteurs volontaires (associations, collectivités locales, etc.) dans le cadre d'un cahier des charges arrêté au niveau national, des actions destinées à accompagner les patients par tous moyens et notamment en leur dispensant informations, conseils, soutien et formation.

Article 23 : cet article met en œuvre un dispositif d'information du patient sur les coûts de son hospitalisation.

Le montant total des frais engendrés par sa prise en charge en établissement de santé, incluant le montant assumé par l'assurance-maladie obligatoire, le montant couvert par les organismes complémentaires et le reste à la charge du patient, est aujourd'hui souvent méconnu de ce dernier, faute d'une information claire délivrée par l'établissement, que ce soit pour les hospitalisations, dans le cas d'une consultation externe ou d'un passage aux urgences.

Cet article rend obligatoire, pour tout établissement de santé, la délivrance systématique au patient lors de sa sortie d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et hors soins, comportant en particulier toutes les prestations annexes et la répartition des parts obligatoires, complémentaires et particulières.

Il s'agit dans une visée pédagogique de favoriser une meilleure compréhension par le patient de l'engagement de la solidarité nationale par l'assurance-maladie obligatoire pour prendre en charge le coût de sa venue à l'hôpital.

Document 5 : Cour Administrative d'Appel de Nantes, 21 février 2013

1. Considérant que Mme A..., née en 1956, a présenté à partir de 2003 une volumineuse hernie discale calcifiée entre les vertèbres dorsales 8 et 9, responsable d'une compression médullaire rendant l'intervention chirurgicale nécessaire ; qu'une exérèse de cette hernie a été tentée le 19 janvier 2004 par le docteur Lioret, praticien du centre hospitalier régional universitaire de Tours, qui, en raison des risques d'agression médullaire supplémentaire, a décidé de ne pas pousser plus avant la résection envisagée ; qu'à son réveil, Mme A... présentait une paraplégie complète des membres inférieurs qui a régressé partiellement après plusieurs mois de rééducation ; que la cure de la hernie a ensuite été réalisée le 3 décembre 2004 au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière à Paris ; que, malgré de longues périodes de rééducation, Mme A... reste atteinte d'un déficit moteur rendant nécessaire l'utilisation de cannes anglaises pour ses déplacements ; qu'estimant qu'une faute avait été commise lors de l'intervention du 19 janvier 2004, elle a saisi le tribunal administratif d'Orléans afin qu'il ordonne une expertise ; que le docteur Berthelot, désigné par une ordonnance du président de ce tribunal, a déposé son rapport le 9 juin 2008 ; qu'en raison des contradictions importantes existant entre ce rapport d'expertise et les conclusions du rapport du professeur Fischer mandaté par l'assureur de l'hôpital, le tribunal administratif d'Orléans, ne n'estimant pas en mesure de déterminer si une faute avait été commise par les praticiens du centre hospitalier régional universitaire de Tours a, par un jugement avant dire droit du 9 décembre 2010, ordonné une nouvelle expertise confiée à un collège d'experts, lequel a rendu son rapport le 26 mai 2011 ; que, par le jugement attaqué du 26 janvier 2012 dont Mme A... relève appel, le tribunal administratif d'Orléans a rejeté sa demande tendant à la condamnation du centre hospitalier régional universitaire de Tours à lui verser la somme globale de 689 584,53 euros en réparation des préjudices subis à la suite des fautes médicales dont elle aurait été victime lors de l'intervention du 19 janvier 2004 ; que la CPAM d'Eure-et-Loir demande pour sa part que le centre hospitalier régional universitaire de Tours soit condamné à lui verser la somme de 30 157,38 euros au titre des débours engagés pour son assurée Mme A..., et la somme de 997 euros au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion ;

Sur la responsabilité du centre hospitalier régional universitaire de Tours :

2. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : " I. -Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. " ;

3. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des conclusions unanimes du rapport d'expertise déposé en première instance le 26 mai 2011 par les trois experts désignés dans les conditions rappelées ci-dessus que Mme A... était atteinte d'une volumineuse hernie discale thoracique calcifiée dont les conséquences invalidantes s'étaient aggravées sévèrement depuis octobre 2003, et qu'une intervention chirurgicale était devenue nécessaire, qui a été pratiquée en urgence le 19 janvier 2004 ; que l'abstention thérapeutique aurait conduit à une aggravation inéluctable des troubles neurologiques dont souffrait Mme A..., et notamment à une paraplégie ; que les experts, à qui il avait été demandé de se prononcer sur le type de voie d'abord utilisée et sur la pertinence de ce choix, se sont accordés sur le fait que la voie d'abord postéro-latérale choisie par le docteur Lioret, neurochirurgien du centre hospitalier, pour pratiquer l'intervention du 19 janvier 2004 était l'une des deux voies conformes aux règles de l'art à la date de l'intervention pratiquée et qu'elle était utilisée par une majorité de neurochirurgiens ; que l'aggravation neurologique postopératoire est une complication inhérente à ce type d'intervention, quelle que soit la voie d'abord choisie, dans des proportions de 5 à 13 % des cas, en fonction des types de hernies et des modes d'intervention ;

que ce risque de complication est, en tout état de cause, inférieur au risque d'évolution naturelle paraplégique des compressions médullaires dont les hernies discales calcifiées du type de celle dont souffrait Mme A... sont la cause ; que si la voie d'abord thoracique est aujourd'hui privilégiée, celle-ci présente également un risque de traumatisme sur la moelle épinière ; qu'ainsi, le rapport d'expertise collégial conclut à l'absence de faute dans la prise en charge de Mme A... ; qu'enfin, la complication neurologique dont a été victime Mme A... après la tentative d'exérèse partielle de sa hernie discale le 19 janvier 2004 était, en tout état de cause, sans lien avec la réalisation ou non d'une artériographie médullaire avant l'intervention litigieuse ; que, dans ces conditions, c'est à juste titre que les premiers juges, dont la mention erronée d'une réalisation partielle de l'exérèse le 19 janvier 2004 et d'une artériographie médullaire effectuée le même jour n'a pas eu d'incidence sur l'appréciation des faits qu'ils ont portée, et qui n'ont pas omis de statuer sur la justification de la voie d'abord postéro latérale, ont estimé qu'aucun manquement fautif de nature à engager sa responsabilité n'était imputable au centre hospitalier régional universitaire de Tours ;

4. Considérant, en second lieu, qu'aux termes de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique : " Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) 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. (...) En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. (...) " ; qu'en application de ces dispositions il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé ; 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 toutefois, un manquement des médecins à leur obligation d'information n'engage la responsabilité de l'hôpital que dans la mesure où il a privé le patient de la possibilité de se soustraire au risque lié à l'intervention ; que lorsque le défaut d'information est constitué, il appartient au juge de rechercher si le patient a subi une perte de chance de se soustraire aux dommages qui se sont réalisés, au regard des risques inhérents à l'acte médical litigieux, des risques encourus par l'intéressé en cas de renonciation à cet acte ou des risques liés au choix d'une alternative thérapeutique ;

5. Considérant qu'il résulte du compte rendu rédigé par le docteur Lioret avant de pratiquer l'intervention en cause, dont les termes sont précisément repris dans le rapport remis par le collègue d'experts désigné en dernier lieu, que la patiente a été longuement informée des modalités opératoires et des risques de majoration de ses signes neurologiques pouvant aller jusqu'à la paraplégie ainsi que du caractère hautement risqué de ce type d'intervention en terme de récupération neurologique ; qu'il résulte également du rapport d'expertise que, lors de la réunion qui s'est tenue le 29 avril 2011, Mme A... a indiqué avoir été bien informée sur les risques inhérents à sa hernie discale et sur les risques opératoires ; qu'au surplus, l'abstention thérapeutique aurait conduit à une aggravation inéluctable des signes neurologiques de cette hernie dont le volume, l'expression clinique et les risques évolutifs justifiaient une intervention en urgence compte tenu de l'accentuation des symptômes ; qu'il suit de là que l'existence d'un défaut d'information de nature à engager la responsabilité de l'établissement hospitalier n'est pas établie ; que, par suite, Mme A... n'est pas davantage fondée à demander, à titre subsidiaire, à être indemnisée d'un préjudice autonome résultant du défaut d'information des risques neurologiques liés à l'intervention en

cause ;

6. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que Mme A... n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, qui est suffisamment motivé, le tribunal administratif d'Orléans a rejeté sa demande ; que, par voie de conséquence, ses conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative doivent également être rejetées ;

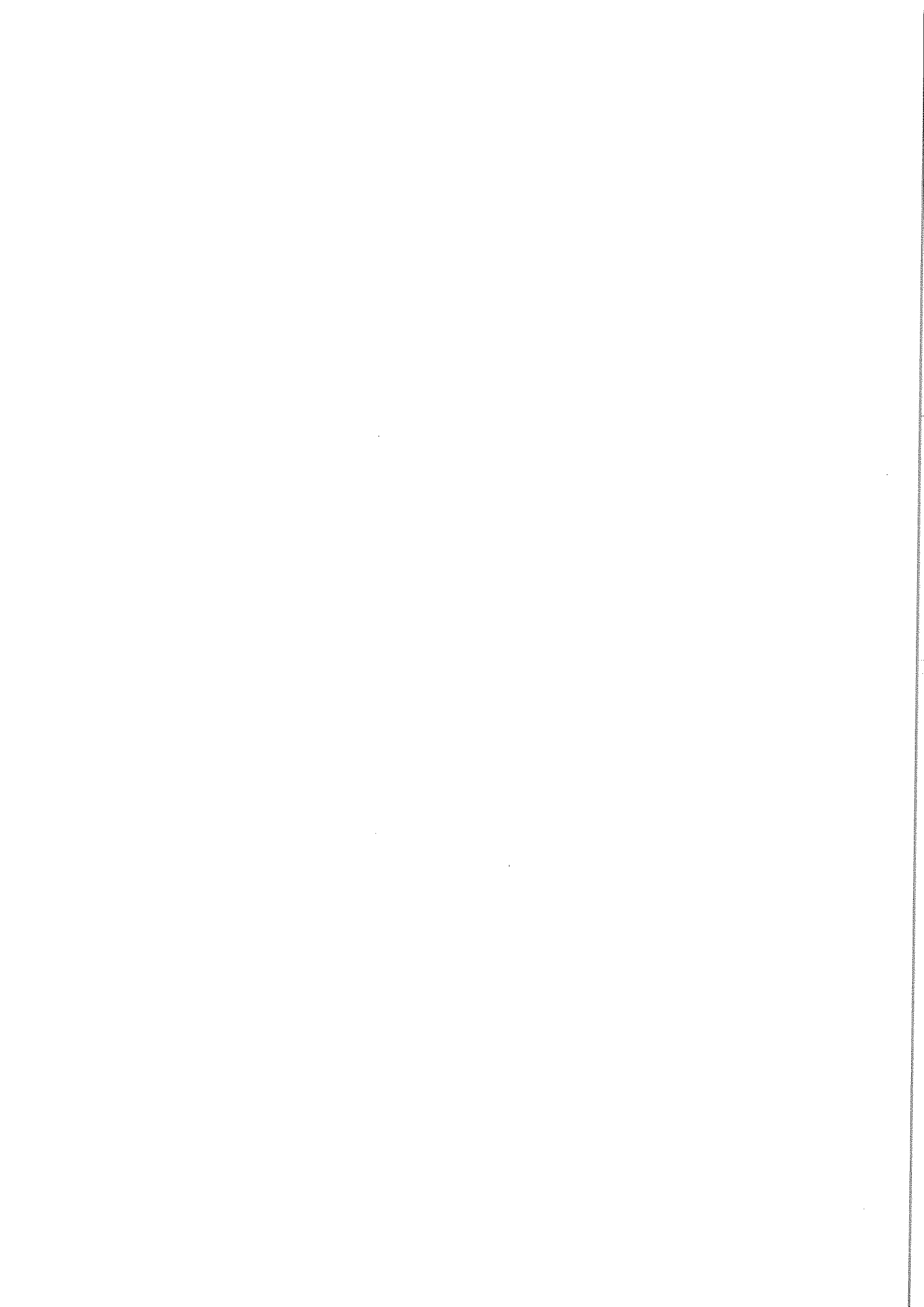
Sur les conclusions présentées par la CPAM d'Eure-et-Loir :

7. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les conclusions présentées par la CPAM d'Eure-et-Loir tendant à la condamnation du centre hospitalier régional universitaire de Tours à lui rembourser les débours engagés pour son assurée et à lui verser une indemnité forfaitaire de gestion ne peuvent qu'être rejetées, de même que ses conclusions présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

DÉCIDE :

Article 1er : La requête de Mme A... et les conclusions de la CPAM d'Eure-et-Loir sont rejetées.

Article 2 : Le présent arrêt sera notifié à Mme B... A..., au centre hospitalier régional universitaire de Tours, à la CPAM d'Eure-et-Loir et à la Caisse des dépôts et consignations.



Document 6 : Cour de cassation, 9 octobre 2001

Attendu qu'à partir du mois de juin 1974, M. Y..., médecin, a suivi la grossesse de Mme X... ; que, lors de la visite du 8e mois, le 16 décembre 1974, le praticien a suspecté une présentation par le siège et a prescrit une radiographie foetale qui a confirmé cette suspicion ; que, le samedi 11 janvier 1975, M. Y... a été appelé au domicile de Mme X... en raison de douleurs, cette dernière entrant à la clinique A... devenue clinique Z... le lendemain dimanche 12 janvier dans l'après-midi, où une sage-femme lui a donné les premiers soins, M. Y... examinant sa patiente vers 19 heures, c'est-à-dire peu avant la rupture de la poche des eaux, la naissance survenant vers 19 heures 30 ; qu'en raison de la présentation par le siège un relèvement des bras de l'enfant, prénommé Franck, s'est produit, et, lors des manoeuvres obstétricales, est survenue une dystocie de ses épaules entraînant une paralysie bilatérale du plexus brachial, dont M. Franck X... a conservé des séquelles au niveau du membre supérieur droit, son IPP après consolidation étant de 25 % ; qu'après sa majorité, ce dernier a engagé une action contre le médecin et la clinique en invoquant des griefs tirés des fautes commises lors de sa mise au monde et d'une absence d'information de sa mère quant aux risques inhérents à une présentation par le siège lorsque l'accouchement par voie basse était préféré à une césarienne ; que l'arrêt attaqué l'a débouté ;

Sur le moyen unique, pris en ses première et cinquième branches :
Vu l'article 455 du nouveau Code de procédure civile ;

Attendu que M. Y... a procédé à l'accouchement de Mme X... dans le lit de celle-ci, sur une bassine, lui-même et une sage-femme tenant chacun une jambe de la parturiente ; qu'eu égard à ces conditions de réalisation de l'accouchement, à propos desquelles le rapport d'expertise précisait que les manoeuvres réalisées sur la bassine pour traiter la dystocie " n'en ont certainement pas été facilitées ", M. Franck X... avait fait valoir dans ses conclusions qu'il existait à la clinique une " salle de travail " dotée d'une table d'accouchement et que les raisons de son absence d'utilisation pour un accouchement dangereux par le siège étaient restées inconnues ; qu'en ne répondant pas à ce moyen, la cour d'appel n'a pas satisfait aux exigences du texte susvisé ;

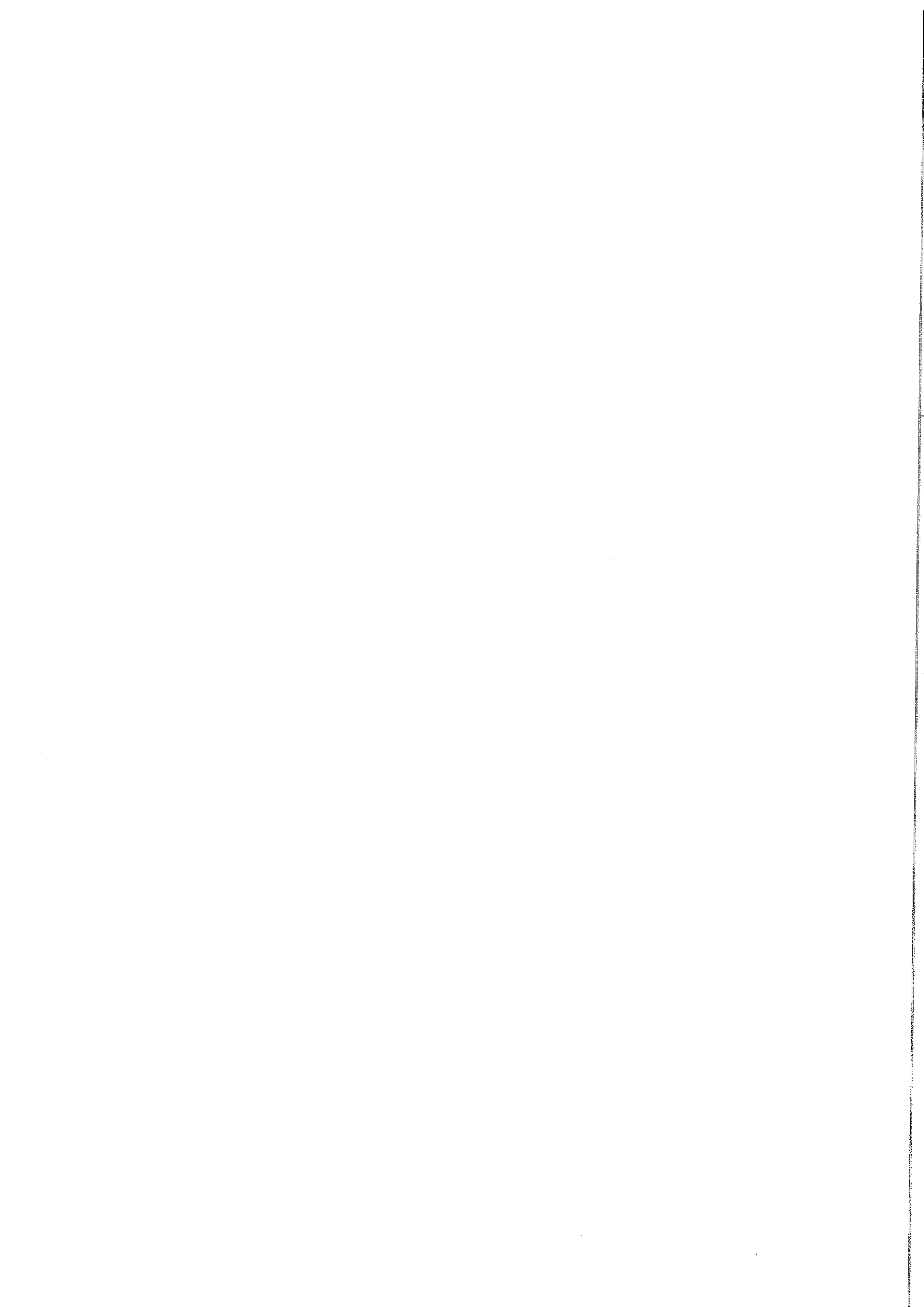
Et sur les deuxième, troisième et quatrième branches du moyen :
Vu les articles 1165 et 1382 du Code civil ;

Attendu que la cour d'appel a estimé que le grief de défaut d'information sur les risques, en cas de présentation par le siège, d'une césarienne et d'un accouchement par voie basse, ne pouvait être retenu dès lors que le médecin n'était pas en 1974 contractuellement tenu de donner des renseignements complets sur les complications afférentes aux investigations et soins proposés, et ce d'autant moins qu'en l'espèce le risque était exceptionnel ;

Attendu, cependant, qu'un médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information vis-à-vis de son patient, qui trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, par le seul fait qu'un risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement ; que la responsabilité consécutive à la transgression de cette obligation peut être recherchée, aussi bien par la mère que par son enfant, alors même qu'à l'époque des faits la jurisprudence admettait qu'un médecin ne commettait pas de faute s'il ne révélait pas à son patient des risques exceptionnels ; qu'en effet, l'interprétation jurisprudentielle d'une même norme à un moment donné ne peut être différente selon l'époque des faits considérés et nul ne peut se prévaloir d'un droit acquis à une jurisprudence figée ; d'où il suit qu'en statuant comme elle l'a fait, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 10 février 2000, entre les parties, par la cour d'appel de Lyon ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Grenoble.



Document 7 : site internet de l'Agence régionale de santé de Bretagne

23 octobre 2018

Une Commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé afin de représenter les patients et leurs familles.

Corps de texte

La CDU, anciennement CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades en associant les représentants des usagers.

L'ensemble des réclamations adressées aux établissements de santé par les usagers ainsi que les réponses apportées par les responsables d'établissements doivent être mises à la disposition des membres de la commission, selon les modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. La commission instaure les conditions favorables au règlement des litiges par le dialogue avec l'utilisateur et l'intervention de deux médiateurs médecin et non médecin.

La commission des usagers a pour nouvelles missions de :

- **PARTICIPER à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement** en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ;
- **ÊTRE ASSOCIÉE à l'organisation** des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement ;
- **SE SAISIR de tout sujet** portant sur la politique de qualité et de sécurité ;
- **FAIRE des propositions** et ÊTRE INFORMÉE des suites qui leur sont données ;
- **ÊTRE INFORMÉE des événements indésirables graves** et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- **RECUEILLIR les observations** des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- **PROPOSER un projet des usagers** exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles ayant passé une convention avec l'établissement.

La CDU est composée comme suit :

- **le représentant légal de l'établissement** ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- **un médiateur médecin et son suppléant**, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- **un médiateur non médecin et son suppléant**, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- **deux représentants des usagers et leurs suppléants**, mandatés par une association agréée et désignés par le directeur général de l'ARS (conformément au premier alinéa de l'article L. 1112-83 du code de la santé publique (CSP)).

La Présidence ou la vice-présidence de la CDU peut-être assurée par un représentant des usagers.

D'autres membres facultatifs peuvent également composer la commission en fonction du statut de l'établissement (établissements publics de santé autres que l'Assistance publique -hôpitaux de Paris) :

- Le Président de la commission médicale d'établissement ou les représentants qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission ;
- Un représentant de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au b de l'article R.714-62-2 ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Les mandats sont de trois ans renouvelables.

Document 8 :

Dossier de presse « Label régional 2018 » « droits des usagers de la santé »

Dans la continuité des années précédentes, le Ministère de la santé a organisé le concours national "Droits des usagers de la santé" dans le but de valoriser et faire connaître les expériences exemplaires et les projets innovants menés en Bretagne sur cette thématique.

Le ministère des solidarités et de la santé a reconduit pour la 7ème année, du 20 au 24 novembre 2017, la semaine de la sécurité des patients. Cette campagne avait pour objectif de sensibiliser l'ensemble des publics sur les enjeux de la sécurité des soins et de favoriser le dialogue entre patients, usagers et professionnels de santé sur ces sujets.

En parallèle, la CSDU de la CRSA et l'ARS de Bretagne ont décidé, fort du succès des éditions précédentes, de renouveler en 2018 le dispositif de labellisation régionale ainsi que la participation au concours national organisé par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Le ministère a ainsi incité tous les établissements de santé de France à créer des événements, des outils, des échanges (...) sur leur structure pour favoriser ce dialogue. Il a mis à disposition sur son site internet quelques outils de communication et a ouvert un concours national à tous les acteurs de santé.

Le concours national et la labellisation régionale avaient pour objectif de faire connaître et distinguer des projets élaborés en partenariat entre usagers et soignants pour améliorer la sécurité des patients.

La Fondation AUB Santé, ayant pour activités la Maladie Rénale Chronique, l'Hospitalisation à Domicile, la Nutrition, le Service à Domicile et la Formation, a choisi au sein de sa Commission des Usagers (CDU) de valoriser, par sa participation au concours national et au label régional, l'ensemble des travaux réalisés autour du flyer « Je prépare la consultation avec mon médecin » pour les patients dialysés.

Ce projet s'est vu remettre le prix national de la semaine de la sécurité des patients 2017 au ministère de la santé le 21 novembre dernier, ainsi que le label régional en février 2018.

Ces jury ont été particulièrement sensibles à l'effectivité du partenariat usager-professionnels de santé, aux enjeux en termes de sécurité des patients et d'amélioration des prises en charge et à l'originalité de la méthodologie de réalisation du projet.

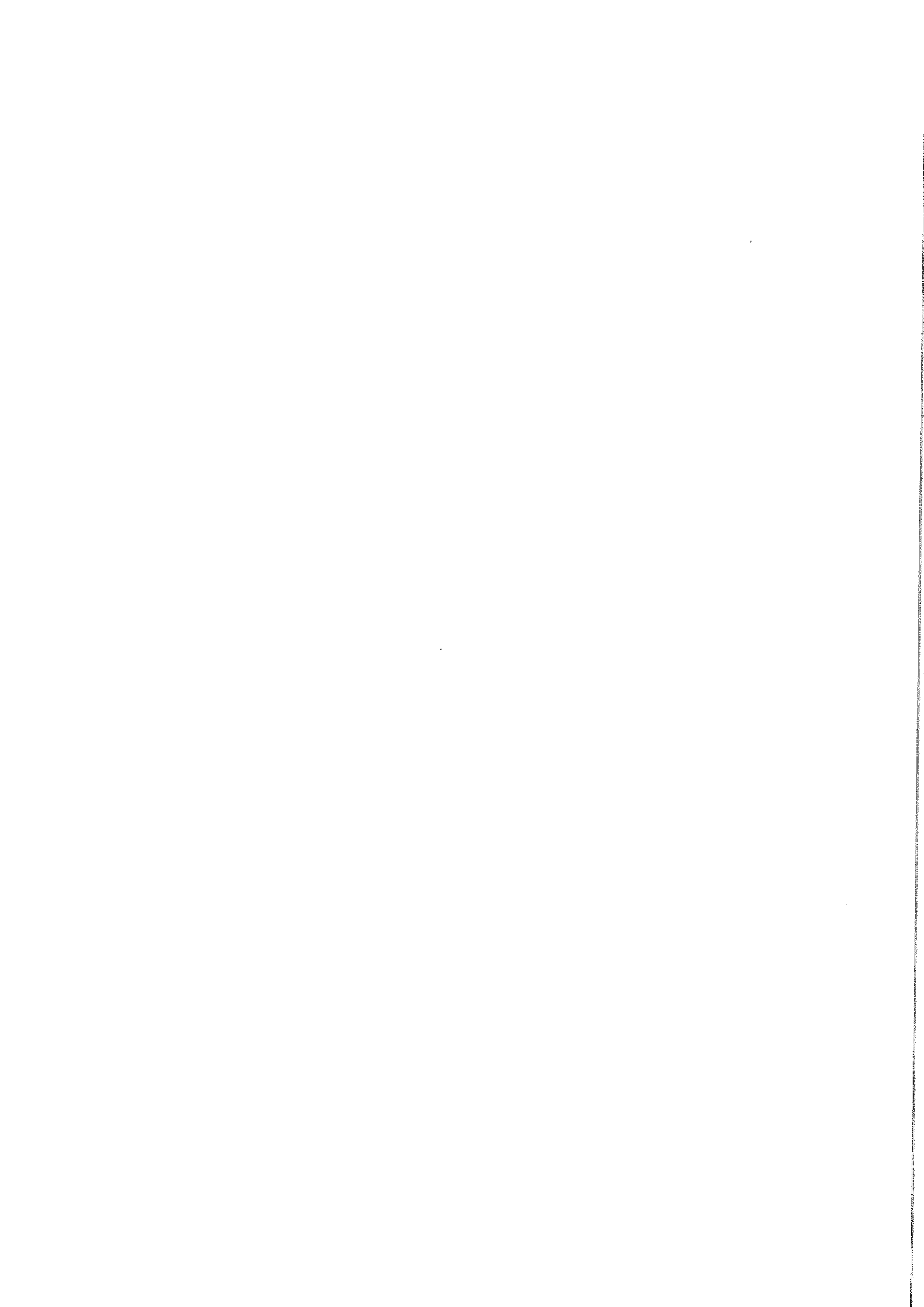
Ces prix sont une belle récompense pour un partenariat incontournable usagers-professionnels qui œuvre chaque jour au profit des patients.

« Favoriser l'échange d'information et la communication entre usagers et professionnels de santé »

A l'origine du projet, le souhait formulé par les patients dialysés à la Fondation AUB Santé a été de bénéficier d'informations complémentaires sur l'ensemble des méthodes de traitement et d'aborder, lors des consultations médicales, des sujets leur permettant de gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Afin de répondre à ce besoin, la Commission Des Usagers (CDU) en lien avec la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) s'est saisie de cet objectif d'améliorer, pour le patient, l'information donnée et reçue.

Les représentants des usagers souhaitent permettre aux patients d'aborder plus facilement en consultation leurs préoccupations liées à la maladie, et notamment les sujets sensibles. La CDU a formalisé cette idée en créant un flyer intitulé « Je prépare la consultation avec mon médecin ». La démarche de diffusion et d'accompagnement définie en CDU a été présentée en CME et les supports ont été distribués aux médecins et à tous les patients dialysés accompagnés par la Fondation AUB Santé.

Après un an d'utilisation du flyer, la CDU a souhaité mesurer si l'information médicale donnée en consultation est plus complète, plus compréhensible et plus adaptée aux besoins et attentes des patients. Les membres de la CDU ont ainsi créé un questionnaire à destination des patients dialysés adressé à leur domicile. L'évaluation des résultats permettra à la CDU et à la CME d'améliorer si nécessaire ces nouveaux supports d'échange et la démarche de consultation médecin/patient.



Document 9

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)

• TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE

Article 16

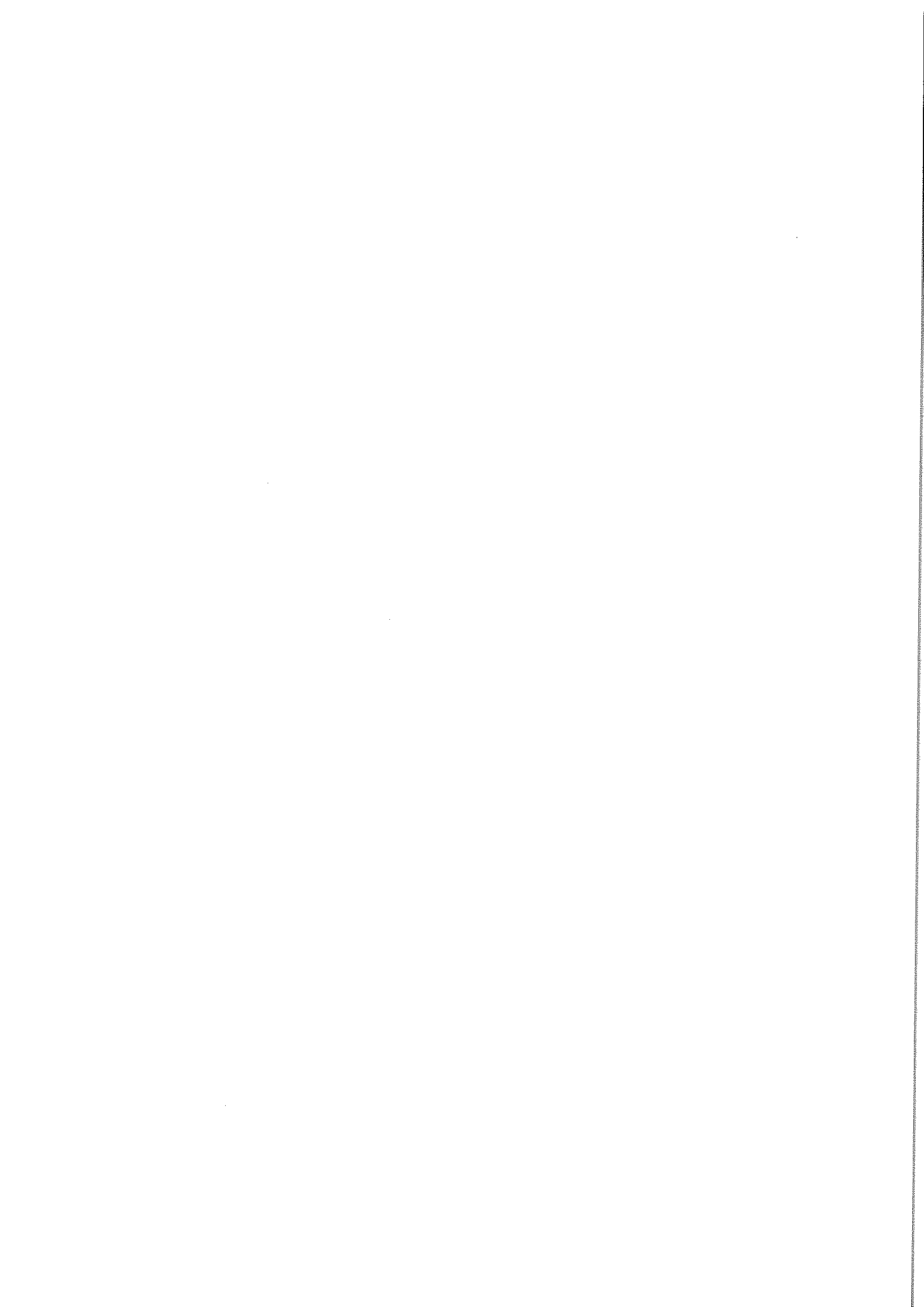
Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

« Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

« La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire. »



Document 10 : Cour de cassation, 3 juin 2010

Attendu qu'ayant subi, le 20 avril 2001, une adénomectomie prostatique, M. X... qui s'est plaint d'impuissance après cette intervention, a recherché la responsabilité de M. Y..., urologue, qui l'avait pratiquée ;

Sur le moyen unique, pris en ses deux premières branches :

Attendu que M. X... fait grief à l'arrêt attaqué de l'avoir débouté de ses demandes, alors, selon le moyen :

1°/ que le médecin, tenu de suivre son patient aussitôt qu'il l'a opéré, doit être diligent et prudent dans l'exécution de cette obligation, dont il ne peut se décharger; qu'ainsi, viole ladite obligation le médecin qui se désintéresse du sort de son patient au point de ne le recevoir en consultation qu'un mois après l'avoir opéré, sauf à ce qu'il eut été convenu avec ce dernier que, durant ce délai de latence, il serait substitué par un autre médecin dans l'exécution de son obligation de suivi post-opératoire ; qu'en l'espèce, après avoir relevé que M. Y... n'a reçu en consultation M. X... que le 25 mai 2001, soit plus d'un mois après avoir pratiqué sur lui une adénomectomie prostatique, et en jugeant néanmoins que ce médecin n'avait pas failli à son obligation de suivi post-opératoire au prétexte qu'un autre urologue avait "vu" son patient, sans constater qu'il avait été convenu avec M. X... que son obligation de suivre ce dernier serait exécutée par cet autre urologue, la cour d'appel a violé l'article 1147 du code civil ;

2°/ que seul le fait du créancier constituant une force majeure exonère totalement le débiteur défaillant ; qu'en l'espèce, en écartant la faute de M. Y... consistant à avoir violé son obligation de suivi post-opératoire au motif que M. X... n'avait pas pris rendez-vous avec lui à l'issue de la seconde consultation en date du 16 juillet 2001, soit trois mois après l'intervention chirurgicale, sans caractériser le comportement imprévisible et irrésistible de M. X... qui aurait interdit son suivi par M. Y... aussitôt après l'opération, la cour d'appel a violé les articles 1147 et 1148 du code civil ;

Mais attendu qu'ayant relevé que M. X... n'avait pas été laissé sans surveillance postopératoire, que le suivi avait été conforme aux données acquises de la science, que le praticien avait reçu le patient à deux reprises et prévu de le revoir une troisième fois, ce qui n'avait pas été possible en raison de la négligence de M. X..., la cour d'appel a pu en déduire l'absence de manquement fautif dans le suivi postopératoire ; que les griefs ne sont pas fondés ;

Mais sur la troisième branche du moyen :

Vu les articles 16, 16-3, alinéa 2, et 1382 du code civil ;

Attendu qu'il résulte des deux premiers de ces textes 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 ;

que le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice, qu'en vertu du dernier des textes susvisés, le juge ne peut laisser sans réparation ;

Attendu que pour écarter toute responsabilité de M. Y.. envers M. X..., l'arrêt, après avoir constaté le manquement du premier à son devoir d'information, retient qu'il n'existait pas d'alternative à l'adénomectomie pratiquée eu égard au danger d'infection que faisait courir la sonde vésicale, qu'il est peu probable que M. X..., dûment averti des risques de troubles érectiles qu'il encourait du fait de l'intervention, aurait renoncé à celle-ci et aurait continué à porter une sonde qui lui faisait courir des risques d'infection graves ;

En quoi la cour d'appel a violé, par refus d'application, les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, mais seulement en sa disposition rejetant la demande en paiement d'une indemnité au titre du manquement au devoir d'information, l'arrêt rendu le 9 avril 2008, entre les parties, par la cour d'appel de Bordeaux ; remet, en conséquence, sur ce point, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Toulouse ;

Document 11 : Livret d'accueil des établissements de santé- guide d'élaboration

Élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées

Recommandations et propositions (Préface du guide édité par le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative)

Une bonne information est le moyen pour chacun d'exercer sa liberté, de faire des choix éclairés et d'écartier les peurs qui résultent de l'ignorance. Le principe d'un « livret d'accueil des personnes hospitalisées » a été retenu à cette fin: il doit permettre de fonder de bonnes relations entre la personne hospitalisée, le personnel et l'établissement, ce que ni la peur ni l'ignorance ne favorisent...

Le livret doit être remis au patient dès que son hospitalisation a été décidée.

Il est ainsi l'un des premiers gestes d'hospitalité. S'il est bien conçu, les patients vont y puiser de quoi comprendre leur séjour à l'hôpital et leurs droits; ils peuvent construire une relation confiante avec leurs divers interlocuteurs.

Compte tenu de l'enjeu, j'ai souhaité des recommandations pour que les établissements ne soient pas démunis face à la difficile élaboration du livret: toutes les étapes devaient en être déclinées - conception, rédaction*, diffusion, évaluation - et rassemblées en un guide.

J'ai enfin voulu annexer à ce guide des fiches relatives à quelques questions juridiques tout à la fois récentes et complexes (la « personne de confiance », les « directives anticipées », « l'accès au dossier médical », « les renseignements utiles en cas de plaintes »).

J'espère que les établissements les proposeront facilement en complément du livret d'accueil car elles rassemblent - sans coût de production pour eux - une information précise et lisible dont tout patient doit avoir accès en cas d'hospitalisation, en France.

Le livret d'accueil fait partie de la démarche qualité dans ce qu'elle a de plus concret: ce guide n'a eu d'autre ambition que de faciliter la tâche des établissements et de leur permettre de produire un livret à la hauteur des aspirations légitimes des malades accueillis et de leurs proches.

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 1112-2 ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment

l'accompagnement de cet accès ;

Vu l'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès,

Arrête :

Article 1

En application de l'article L. 1112-2 du code de la santé publique, dans chaque établissement de santé, un livret d'accueil est remis à toute personne hospitalisée prise en charge par l'établissement ou, le cas échéant, au proche de la personne hospitalisée.

Le livret a pour objet de présenter l'établissement de santé et de fournir des informations utiles à l'ensemble des personnes hospitalisées sur leurs conditions de prise en charge.

Des informations écrites, spécifiques, liées à la nature des activités de l'établissement, aux différents

modes de prise en charge ou à la typologie des patients sont données en complément, en tant que de besoin.

Le livret fait l'objet d'une mise à jour régulière.

Article 2

- Modifié par Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 4 (V)

Afin que les personnes hospitalisées puissent exercer leur libre choix, le livret d'accueil indique les conditions de mise à la disposition des personnes hospitalisées d'une information portant notamment sur la nature des activités des établissements.

Les indications contenues dans le livret d'accueil portent également sur :

I. — L'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives.

Le livret d'accueil précise :

1. La situation géographique de l'établissement et les différents sites qui le composent, leurs voies et moyens d'accès ;
 2. Les coordonnées postales, téléphoniques et électroniques de l'établissement et, le cas échéant, celles des différents sites concernés ;
 3. Les moyens permettant à la personne hospitalisée d'être mise en relation avec les représentants des usagers ;
 4. Les associations de bénévoles ayant conclu une convention avec l'établissement et les moyens d'obtenir la liste et les coordonnées de ces associations ;
 5. Les moyens d'obtenir la liste et les coordonnées des représentants des différents cultes, dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier ;
 6. Les moyens permettant à la personne hospitalisée d'identifier les différentes catégories de professionnels ;
 7. Les moyens permettant aux familles et aux proches des personnes hospitalisées de connaître les conditions, notamment horaires, dans lesquelles ils peuvent être reçus par les médecins ainsi que les moyens permettant à la personne hospitalisée et à son entourage de connaître les horaires (des repas, de visite, d'accueil téléphonique...) ;
 8. Les principales formalités administratives d'admission et de sortie à accomplir ;
 9. Les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées des informations concernant le montant, la prise en charge et les règlements des frais de consultation, de séjour — y compris dans les cas de prestations pour exigences particulières de la personne hospitalisée — et de transports sanitaires.
- Les règles applicables aux activités exercées à titre libéral sont précisées dans les établissements publics de santé ;
10. Les principales dispositions relatives aux dépôts d'argent et de valeurs ;
 11. Les prestations hôtelières, les différents éléments de confort et services proposés à la personne hospitalisée et à ses proches ainsi que les modalités permettant de connaître leurs tarifs ;
 12. Les possibilités et conditions d'hébergement éventuellement proposées par l'établissement de santé aux proches de la personne hospitalisée ;
 13. Les missions et les moyens d'obtenir les coordonnées du service social, lorsqu'il existe ;
 14. L'information concernant la mise en place par l'établissement des modalités de sortie des

personnes hospitalisées, ainsi que les démarches à accomplir par celles-ci ou par leurs proches dans cette perspective ;

15. Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier, les informations concernant le dispositif d'accueil des personnes les plus démunies ;

16. Le cas échéant, les activités concernant l'enseignement scolaire.

II. — Les droits de la personne hospitalisée.

Le livret rappelle :

1. La mention, dans la charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire DHOS/ E1/ DGS/ DS1B/ SD1C/ SD4A/2006/90 du 2 mars 2006, des droits essentiels de la personne hospitalisée. Le livret précise que les principes généraux de la charte lui sont annexés, que le document intégral, en plusieurs langues et en braille, est accessible sur le site internet : www.sante.gouv.fr et qu'il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

2. Les principales règles du respect de la vie collective interne de l'établissement, y compris les règles et les recommandations concernant l'hygiène, le bruit et toute autre nuisance. Dans les établissements publics de santé, l'information porte également sur les conditions dans lesquelles la personne hospitalisée peut consulter le règlement intérieur.

3. Les règles d'accessibilité aux informations personnelles :

Le livret d'accueil comporte les indications concernant :

— les conditions d'accès aux informations de santé mentionnées à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et à l'arrêté du 5 mars 2004, modifié par l'arrêté du 3 janvier 2007, susvisé ;

— la durée de conservation des dossiers médicaux et les modalités de cette conservation conformément à l'article R. 1112-9 du code susvisé ;

En application de l'article R. 6113-7 du code de la santé publique, si ces informations ne figurent pas dans un autre document écrit remis à la personne hospitalisée, le livret d'accueil précise :

— que des données concernant la personne hospitalisée font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978 modifiée susvisée ;

— que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale de l'établissement par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle il a reçu des soins ou du praticien ayant constitué son dossier et sont protégées par le secret médical ;

— que le patient a le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives le concernant, dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée ;

— que, selon les dispositions de ce dernier article, le droit d'opposition de la personne ne peut s'exercer que pour autant que le traitement de données nominatives mis en cause ne réponde pas à une obligation légale.

4. La possibilité de rédiger des directives anticipées au sens de l'article R. 1111-17 du code de la santé publique et de désigner une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6 du même code.

5. Les informations utiles en cas de plaintes ou réclamations :

— le livret d'accueil indique les moyens de prendre attache avec la personne remplissant la fonction de responsable des relations avec les usagers ou de la personne habilitée pour recueillir les expressions de mécontentement des personnes hospitalisées ;

— en application de l'article R. 1112-84 du code de la santé publique, le livret d'accueil reproduit les articles R. 1112-91 à R. 1112-94 du code de la santé publique concernant l'examen des plaintes et réclamations et fournit toute précision relative à leurs modalités d'application au sein de l'établissement ;

— le livret d'accueil mentionne la liste nominative actualisée des membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Le livret indique les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information :

— sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification ;

— sur la satisfaction des usagers.

Document 12 : code de déontologie-commentaires ordre des médecins

11/10/2012

1 - Devoir d'information

Le devoir d'information du patient a toujours été reconnu et, à défaut du code, la jurisprudence de la Cour de Cassation l'avait formulé, admettant qu'il découlait, implicitement mais nécessairement, de l'obligation - posée désormais à l'article 36 suivant - d'obtenir du patient, préalablement à toute intervention ou traitement, son consentement. Celui-ci ne pouvait être donné que si le patient avait reçu sur son état et sur les soins envisagés une information : "*simple, approximative, intelligible et loyale*" lui permettant de prendre une décision en connaissance de cause.

En France, comme dans d'autres pays occidentaux, le premier reproche adressé aux médecins se résume par la formule : "Il ne m'a rien dit". Cela doit s'entendre souvent comme : "il ne m'a pas dit ce que j'attendais de lui" ou : "je n'ai pas compris ce qu'il m'a dit". Ce défaut d'information est la cause la plus fréquente des procédures engagées contre un médecin.

Cette demande du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information a été prise en compte par la jurisprudence de la Cour de Cassation, ces dernières années.

2 – Droit à l'information

L'importance de l'article L.1111-2 du code de la santé publique justifie que malgré sa longueur, il soit cité dans son intégralité :

« 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.

3 – Information loyale, claire et appropriée

Ces qualificatifs, repris par des décisions de la Cour de Cassation expriment la forme sous laquelle l'information doit être donnée

Claire, l'information donnée au patient doit lui être intelligible. Elle doit être simplifiée par rapport à un exposé spécialisé, évitant un langage trop technique et des détails superflus. Le praticien a souvent un rôle pédagogique (docteur vient du verbe latin *docere* qui signifie enseigner, instruire) qui suppose simplification, répétition, échange. Il peut être difficile de faire comprendre une situation complexe, il peut falloir la simplifier sans travestir la réalité, il faut s'assurer que le patient

saisit ce qu'on lui explique, lui laisser poser des questions complémentaires, lui proposer de reformuler ce qu'il a compris.

Appropriée (aux circonstances), cette information doit l'être suivant plusieurs facteurs :

- selon la maladie et son pronostic (un médecin n'informe pas dans les mêmes conditions pour une angine banale ou pour un cancer bronchique généralisé) ;
- selon le traitement corollaire : l'article 41 du code de déontologie médicale revient sur l'obligation du consentement en cas de mutilation envisagée, que ce soit une amputation anatomique (mastectomie) ou fonctionnelle (stérilité, impuissance) ; d'autres traitements moins importants peuvent entraîner des désagréments très mal ressentis par certains patients selon leur activité (endormissement au volant par exemple) ; quantité d'informations « mineures » sont quasi nécessaires pour la bonne marche du traitement, pour favoriser son observance, réduire sa toxicité, éviter des inquiétudes injustifiées (comme pour une coloration des urines par un médicament) – l'information s'impose pour les conséquences les plus sérieuses et les plus fréquentes mais ne se limite pas à elles ;
- selon le moment de l'évolution d'une maladie qui se prolonge : il y a des moments critiques, préoccupants, d'autres de rémission, de détente ; ces changements supposent une adaptation du patient, du médecin et de leur relation, en évitant des positions de principes figées qui se trouveraient à certains moments inadaptées, en porte-à-faux ;
- selon le patient, enfin et surtout. Des troubles mentaux liés à la maladie ou à l'âge ne doivent pas a priori constituer une raison de se taire. Pour chaque personne au contraire il faut parler et expliquer, en exploitant toutes les possibilités de compréhension du patient, possibilités qui se révèlent dans leur étendue et leurs limites au cours de l'exercice. L'article 42 précise ce point pour le mineur ou le majeur protégé.

Loyale est le mot-clé cité d'ailleurs en premier dans cet article 35. On ne ment pas à quelqu'un qui doit être respecté. Cette loyauté ne signifie pas une franchise brutale, crue, sans cœur. Mais toute dissimulation ou tout mensonge est exclu, sauf en fonction des restrictions que nous allons voir, dont l'application devrait devenir plus rare. L'intention de tromper ou dol, est une faute en droit général ; elle peut être la cause de nullité d'un contrat et source de responsabilité.

Ainsi définie, l'information doit permettre au patient de prendre la décision que semble imposer sa situation. Cette formulation laisse croire qu'une décision s'impose - en fonction de la situation pathologique et des données de la médecine établies et présentées par le praticien - et que le patient n'a plus qu'à l'accepter, l'information étant seulement destinée à obtenir son acquiescement conscient. C'est effectivement ce qui se passe dans la majorité des cas : le patient n'est pas soumis à une volonté aveugle ou à une décision mystérieuse, mais se voit expliquer les raisons d'une décision qu'impose au médecin l'état de la maladie. Cependant cette séquence logique peut connaître des exceptions :

Tout d'abord le patient peut refuser une décision pourtant logique et comme évidente. Les raisons de ce refus peuvent tenir à des options personnelles contestables ou à des troubles mentaux. Dans ce cas le médecin devra s'efforcer de convaincre le patient d'accepter les soins, tout en évitant d'exercer sur lui des pressions. D'autres influences, un peu de temps de réflexion sont favorables à une évolution qui amènera le patient à une attitude plus raisonnable. S'il persiste cependant dans son

refus et sauf urgence, son choix devra être respecté et la décision qui semblait s'imposer ne sera pas prise ou suivie d'effet.

Mais lorsque l'acte proposé est indispensable à la survie du patient et proportionné à son état, le médecin se doit d'agir en conscience pour tenter de le sauver.

Dans tous les cas, si la maladie est relativement sérieuse et prolongée, l'information ne doit pas être unique, condensée au début de la prise en charge médicale et considérée comme définitive. Au contraire, elle s'impose tout au long de cette prise en charge, renforcée à certains moments cruciaux. Ces échanges prennent du temps, mais ils contribuent à une relation de bonne qualité, dans une confiance partagée.

Une information de qualité est le préalable indispensable à un consentement éclairé. Loin d'être une vue de l'esprit, comme on en a parfois jugé, ce consentement est la pierre angulaire de la relation médecin-patient et de la pratique médicale. Il est la contrepartie logique du pouvoir exorbitant du droit commun qu'a le médecin de porter atteinte à l'intégrité d'un individu - par ses paroles, une exploration, un médicament, une intervention chirurgicale, etc. - pour le soigner.

L'information du patient revêt une nécessité toute particulière en milieu hospitalier où le patient est en contact avec toute une équipe soignante. L'article L.1112-1 du code de la santé publique, en rappelle le principe : "dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées" (voir note [3]) et les articles R.1112-1 et suivants du code de la santé publique en fixent les modalités.

L'obligation d'information entraîne des conséquences importantes dans le domaine de la *responsabilité médicale*.

La responsabilité du médecin est en effet engagée s'il n'a pas donné à son patient l'information nécessaire, le privant ainsi de la possibilité de faire un choix éclairé.

Jusqu'en 1997, une telle condamnation intervenait rarement car c'était au patient de faire la preuve que l'information nécessaire n'avait pas été apportée, preuve négative toujours difficile à apporter.

Un revirement de jurisprudence est intervenu avec l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 25 février 1997 (arrêt Hédreul, Civ. 1, n°94-19685) qui a renversé la charge de la preuve en matière d'information du patient.

Il doit notamment prouver que l'entretien individuel, conduit dans les conditions décrites plus haut, a eu lieu. Cette preuve peut résulter d'un faisceau d'éléments convergents. Si la mention sur le carnet de rendez-vous n'est pas à elle-seule suffisante puisqu'elle n'établit pas le contenu de l'information délivrée, l'inscription dans le dossier du patient, la lettre adressée au médecin traitant du patient à l'issue de la consultation rappelant succinctement les préconisations du médecin, leur rapport bénéfice/risques sont autant d'éléments permettant d'établir que le médecin a satisfait à son devoir d'information. La remise d'un document détaillant l'intervention et ses conséquences que le patient aura la possibilité de relire à loisir chez lui peut utilement compléter les explications orales données par le médecin.

Un certain nombre de médecins, notamment chirurgiens, ont cru pouvoir se prémunir en faisant signer à leur patient un document intitulé « document de consentement éclairé » dans lequel le

patient reconnaissait avoir reçu du médecin toute l'information souhaitée. Un tel document est dépourvu de valeur.

4 - Diagnostic ou pronostic graves

À ce devoir d'information du patient il est une exception : le respect de la volonté exprimée par la personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves.

Toutefois, cette exception ne peut s'appliquer lorsque des tiers sont exposés à un risque de contamination. Cette précision, inspirée du cas du sida, mais qui vaut pour d'autres affections contagieuses graves s'impose en raison de la responsabilité du patient comme des intérêts de santé publique. Quel que soit en effet le traumatisme qui peut résulter d'une telle révélation, on ne saurait la cacher au patient, en le laissant exposer ses proches ou ses relations à une regrettable contamination. Dès lors il est indispensable, et dans les meilleurs délais, de l'informer des risques qu'il fait encourir à son entourage et des précautions à prendre. Lorsqu'une anomalie génétique grave a été dépistée chez une personne qui a exprimé par écrit sa volonté d'être tenue dans l'ignorance du diagnostic, l'article L.1131-1 du code de la santé publique organise une procédure d'information des membres de la famille potentiellement concernés.

Ces informations pourront nécessiter plusieurs entretiens.

L'information des patients ne va pas de soi. Elle est exposée à de nombreuses difficultés et se heurte à de nombreux écueils.

Les progrès de la médecine font que certains diagnostics jadis désespérants ne sont plus aujourd'hui synonymes d'incurabilité. Il n'est plus question aujourd'hui de taire un diagnostic.

Mais il y a la façon de dire, qui compte beaucoup. Ou de laisser deviner. Une mauvaise nouvelle est en soi, source de détresse, détresse que l'on peut réduire au minimum en se montrant sensible et solidaire. Interviennent alors l'empathie et l'expérience du praticien, pour rendre service sans désespérer, pour rester proche de la vérité sans abandonner.

Les professionnels de santé doivent être formés à la gestion de ces situations d'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave où la communication est essentielle. L'acquisition des techniques nécessaires à cette fin devrait être généralisée au même titre que l'est la formation clinique .

Document 13 : Cour de cassation, 12 juin 2012, commentée par S. Hocquet-Berg

Sur le moyen unique pris en ses deux branches :

Attendu que Mme X..., atteinte de séquelles à la suite d'une intervention chirurgicale pour une arthrodèse des vertèbres, pratiquée le 26 janvier 2005 par M. Y..., fait grief à l'arrêt attaqué (Nîmes, 2 mars 2010) de rejeter ses demandes à l'encontre de ce dernier, alors, selon le moyen :

1°/ que selon l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, en cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve par tout moyen qu'il a procédé à l'information de son patient sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés quant à 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 ; qu'en estimant que cette preuve était rapportée dès lors que la patiente avait déjà subi une intervention similaire par ce même médecin, qu'elle était suivie par le praticien depuis plusieurs années et que le chirurgien avait porté à la patiente toute l'attention nécessaire à sa pathologie, tous motifs impropres à caractériser la délivrance de l'information nécessaire, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique ;

2°/ 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 ; que le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice qu'en vertu de l'article 1382 du code civil le juge ne peut laisser sans réparation ; qu'en énonçant, pour débouter Mme X... de ses demandes que le choix de l'intervention pratiquée s'imposait au regard de l'échec du traitement médical et de la rééducation et partant, en subordonnant l'indemnisation du préjudice causé par le défaut d'information à l'existence d'une alternative thérapeutique ou au fait qu'informé, le patient n'aurait pas accepté de subir l'intervention, la cour d'appel a violé ensemble les articles 16, 16-3 et 1382 du code civil ;

Mais attendu qu'après avoir retenu à juste titre 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, la cour d'appel a constaté qu'il résultait de l'expertise que Mme X... avait déjà subi une intervention d'arthrodèse vertébrale par le même praticien le 17 février 2000 avec un résultat favorable, qu'elle était suivie par ce chirurgien depuis l'année 2000, que les douleurs lombaires étant réapparues en 2002, elle l'avait revu à cette époque puis à de très nombreuses reprises, avant que soit posée l'indication chirurgicale, face à la résistance de la symptomatologie au traitement médical et à la rééducation après trois années d'essai ; qu'elle a relevé en outre que chaque consultation était suivie d'une lettre de M. Y... adressée au médecin traitant, que le chirurgien avait prescrit une IRM lombaire réalisée le 4 janvier 2005 et que l'intervention n'avait été programmée qu'après une nouvelle consultation ; que c'est dès lors dans l'exercice de leur pouvoir souverain d'appréciation que les juges du fond ont estimé que les nombreuses consultations qui avaient précédé l'intervention critiquée démontraient le soin que M. Y... avait pris pour analyser avec Mme X..., en lien avec son médecin traitant, 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 ; que la première branche n'est pas fondée et que la seconde s'attaque à un motif surabondant ;

PAR CES MOTIFS : REJETTE le pourvoi ;

Commentaire :

Contexte : Cet arrêt rendu le 12 juin 2012 porte sur les modes de preuve du devoir d'information qui incombe aux professionnels de santé. L'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, reprenant une solution précédemment dégagée par la Cour de cassation (Cass. 1^{re}, 25 févr. 1997, n° 94-19685 : Bull. I, n° 75), prévoit qu'en cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve par tout moyen qu'il a procédé à l'information de son patient sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés quant à 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. Reste à savoir quels sont concrètement les éléments de preuve qui sont de nature à convaincre le juge de la bonne exécution de ce devoir d'information.

Litige : Une patiente a subi une arthrodèse des vertèbres le 26 janvier 2005. A la suite de cette opération chirurgicale, elle présente des séquelles consistant en un syndrome de la queue de cheval, manifesté principalement par une incontinence urinaire et anale avec paralysie inférieure. L'intervention a été réalisée conformément aux règles de l'art, de sorte qu'aucune faute technique ne peut être retenue à l'encontre du chirurgien. La patiente lui reproche cependant d'avoir manqué à son obligation d'information et de conseil, faisant valoir qu'aucun document relatif à l'information sur les risques inhérents à l'intervention chirurgicale ne lui a été remis.

Solution : La Cour de cassation rejette le pourvoi formé contre l'arrêt de la Cour d'appel de Nîmes qui avait écarté la demande de cette patiente, en énonçant que c'est dans l'exercice de leur pouvoir souverain d'appréciation que les juges du fond ont estimé que les nombreuses consultations qui avaient précédé l'intervention critiquée démontraient le soin que la chirurgien avait pris pour analyser avec sa patiente, en lien avec son médecin traitant, 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.

Analyse : Si la cette décision est parfaitement conforme à la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation, admettant la recevabilité des présomptions de l'article 1353 du Code civil pour prouver l'information donnée par le médecin (Cass. 1^{re} civ., 14 oct. 1997, n° 95-19609 : Bull. I, n° 278), elle n'en demeure pas intéressante à deux égards :

– D'abord, elle montre l'extrême complaisance dont les juges du fond peuvent faire preuve à l'égard des professionnels de santé auxquels un défaut d'information est reproché. En se contentant cependant de relever l'ancienneté et la qualité des relations entre un praticien et sa patiente pour en déduire que cette dernière a donné un consentement éclairé à l'intervention chirurgicale, dont elle est demeurée paralysée, les juges ne vident-ils pas de leur contenu l'obligation que leur impose la loi de se ménager une preuve ?

– Ensuite, elle surprend par sa publication au bulletin, dans la mesure où la Cour de cassation n'a fait que rappeler le pouvoir souverain des juges du fond en matière d'appréciation des éléments de preuve. Peut-être s'agit-il de rassurer les professionnels de santé, sans doute effrayés par les conséquences de sa position récente sur le préjudice découlant du défaut d'information (Cass. 1^{re} civ., 3 juin 2010, n° 09-13591 : Bull. I, n° 128 ; Resp. civ. et assur. 2010, comm. 313, note S. Hocquet-Berg) ?

Document 14 : Cour de cassation 26 septembre 2012

Sur le moyen unique, pris en sa troisième branche :

Vu l'article 1147 du code civil ;

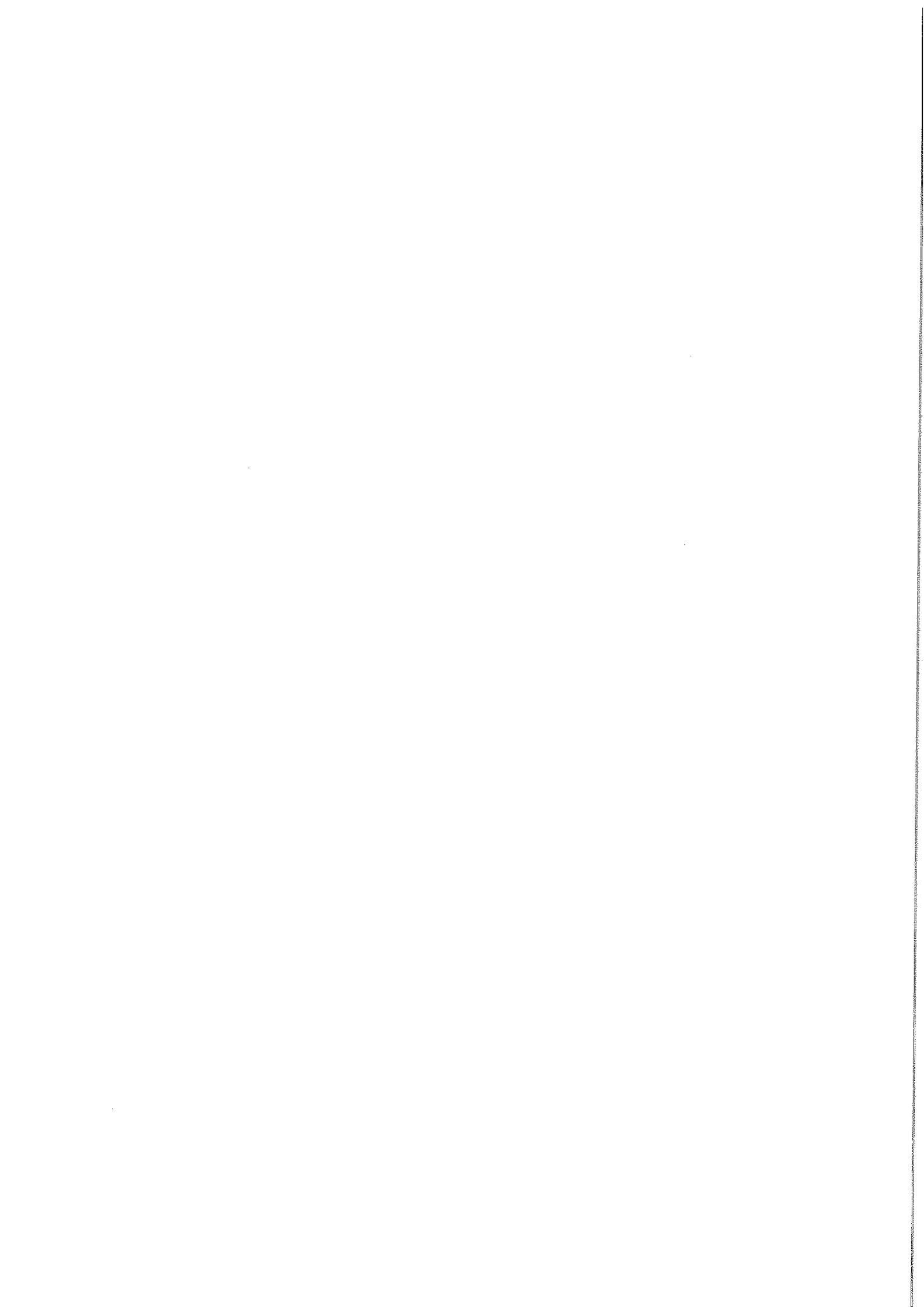
Attendu que les professionnels de santé ne sont tenus d'informer leurs patients que sur les risques dont l'existence est connue au moment où cette information doit être délivrée ;

Attendu que, pour déclarer Mme X... responsable de la perte de chance de 80 % subie par Mme Y... de renoncer à la rachianesthésie à l'issue de laquelle elle avait conservé de graves séquelles neurologiques, dues à la toxicité du produit employé, l'arrêt attaqué énonce que celle-ci 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, qu'elle avait subie à plusieurs reprises par le passé ;

Qu'en statuant ainsi, quand elle avait relevé que, selon des constatations non contestées du rapport d'expertise, la neurotoxicité de la marcaïne, produit qui avait été utilisé pour la rachianesthésie, étant inconnue à la date de l'intervention, il n'était pas possible d'informer Mme Y... de cette complication, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences de ses constatations au regard du texte susvisé ;

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres griefs du pourvoi :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 26 mai 2011, entre les parties, par la cour d'appel de Douai ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel d'Amiens ;



Document 15 : Cour de cassation, 16 janvier 2013

Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 1111-2 et R. 4127-35 du code de la santé publique ;

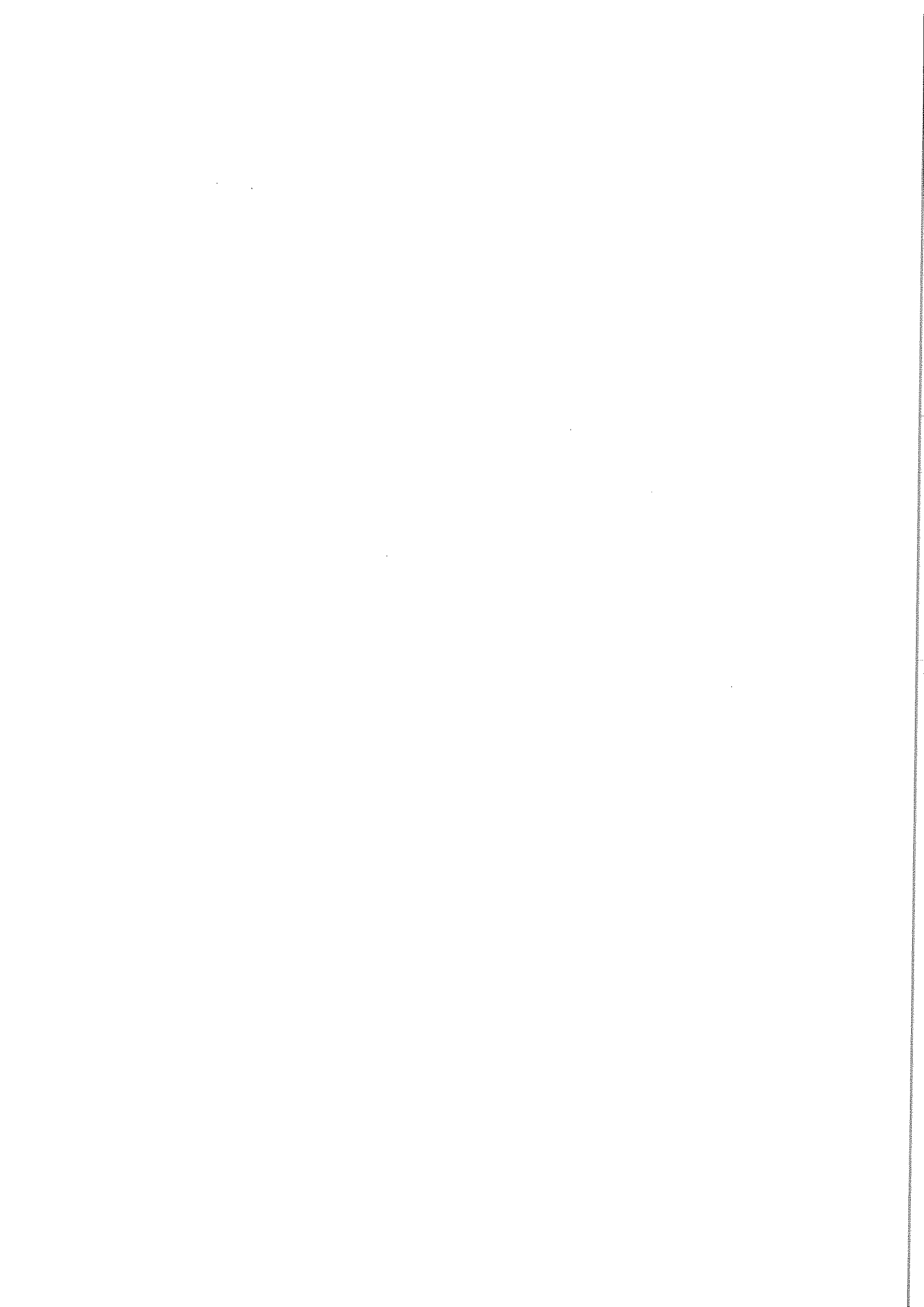
Attendu, en vertu du premier de ces textes, que l'information des personnes sur leur état de santé incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables et que seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser, et, en vertu du second, que 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 leur compréhension ;

Attendu que, pour rejeter la demande de M. X..., envers MM. Y...et Z..., médecins radiologues, dont il prétendait qu'ils avaient manqué à leur devoir 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, l'arrêt se borne à relever que cette information ressort 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, que 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 ;

Qu'en statuant ainsi, par des motifs impropres à établir que MM. Y...et Z...avaient satisfait à l'obligation, qui leur incombait, et dont la communication du compte-rendu au médecin prescripteur ne les dispensait pas, d'informer M. X...sur les résultats de l'examen, d'une manière adaptée à sa personnalité et à son état, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision au regard des textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 3 février 2011, entre les parties, par la cour d'appel de Rouen ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Caen ;



Document 16 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000, n°181899

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 ;

Considérant que, lors d'une intervention endovasculaire destinée à traiter par embolisation une malformation artérioveineuse, le micro-cathéter introduit dans l'artère cérébrale de M. T. s'est brisé, provoquant un accident ischémique à la suite duquel le patient est demeuré atteint d'une paralysie du bras et de la jambe gauches ; qu'en se fondant sur le caractère exceptionnel d'un tel accident pour juger qu'il n'y avait pas lieu d'informer le patient des risques de l'opération, la cour administrative d'appel de Lyon a commis une erreur de droit justifiant l'annulation de son arrêt ;

Considérant qu'aux termes de l'article 11 de la loi susvisée du 31 décembre 1987, le Conseil d'Etat, s'il prononce l'annulation d'une décision d'une juridiction administrative statuant en dernier ressort, peut "régler l'affaire au fond si l'intérêt d'une bonne administration de la justice le justifie" ; que, dans les circonstances de l'espèce, il y a lieu de régler l'affaire au fond ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le traitement par embolisation, même effectué dans les règles de l'art, présente des risques de décès ou d'invalidité du patient, pouvant résulter notamment d'un accident ischémique consécutif à la rupture du micro-cathéter au moment de son retrait de l'artère dans laquelle il avait été introduit ; que ces risques doivent être portés à la connaissance du patient ;

Considérant que M. T. soutenait qu'il n'avait pas été informé des risques de l'intervention ; que les hospices civils de Lyon, qui n'ont contesté cette affirmation ni au cours des opérations d'expertise, ni devant le tribunal administratif ont produit en appel une attestation établie par un praticien postérieurement à l'intervention et aux termes de laquelle le patient avait été "informé des risques du traitement envisagé" ; que, dans les circonstances de l'espèce, un tel document n'est pas de nature à établir que les praticiens se sont acquittés de leur obligation d'information ; qu'ainsi, les hospices civils de Lyon ne sont pas fondés à soutenir que c'est à tort que le tribunal administratif a reconnu l'existence d'un manquement à cette obligation de nature à engager leur responsabilité ;

Considérant, toutefois, que la faute commise par les praticiens de l'hôpital n'a entraîné pour M. T. que la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé ; qu'ainsi, c'est à tort que le tribunal administratif de Lyon, se fondant sur la faute résultant de l'absence d'information, a condamné les hospices civils de Lyon à réparer intégralement les conséquences dommageables de l'accident ;

Considérant qu'il appartient au Conseil d'Etat, saisi de l'ensemble du litige par l'effet dévolutif de l'appel, d'examiner les autres moyens présentés par M. et Mme T. devant le tribunal administratif susceptibles de justifier la condamnation des hospices civils de Lyon à réparer intégralement les conséquences de l'accident ;

Considérant que le traitement par embolisation présente des risques connus de rupture du cathéter au moment de son retrait de l'artère dans laquelle il a été introduit, sans que cette rupture puisse être évitée, quelle que soit la qualité de l'opérateur et du matériel utilisé ; qu'il résulte de l'instruction, et

notamment du rapport de l'expert, que l'intervention s'est déroulée conformément aux règles de l'art et que, contrairement à ce que soutiennent les requérants, l'existence d'une faute médicale ou d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service n'est pas établie ;

Considérant qu'il résulte du rapport d'expertise que la malformation artérioveineuse dont M. T. était atteint pouvait provoquer, à défaut de procéder à un traitement par embolisation, des céphalées plus ou moins invalidantes, des crises d'épilepsie, des hémorragies cérébrales entraînant la paralysie, voire le décès du patient ; que les séquelles d'hémiplégie consécutives à l'intervention ne peuvent donc être regardées comme sans rapport avec son état initial ou l'évolution prévisible de cet état ; que, par suite, la responsabilité sans faute des hospices civils de Lyon ne saurait être engagée ;

Sur l'évaluation du préjudice de M. T. :

Considérant qu'aucun justificatif n'a été produit de nature à établir l'existence d'un préjudice relatif à la perte de revenus professionnels alléguée ; qu'il résulte de l'instruction que les frais médicaux et pharmaceutiques résultant directement des conséquences dommageables de l'intervention s'élèvent à un montant de 761 250 F ; que le taux d'incapacité résultant de l'hémiplégie gauche dont M. T. était atteint, en relation directe avec l'accident ischémique, doit être évalué à 75 % et le préjudice subi à ce titre à une somme de 690 000 F ; qu'ainsi le préjudice corporel subi par M. T. s'élève à 1 451 250 F ;

Considérant qu'il sera fait une juste appréciation du préjudice d'agrément, ainsi que des souffrances physiques endurées à la suite de l'intervention et du préjudice esthétique en le fixant à 150 000 F ;

Considérant que la réparation du dommage résultant pour M. T. de la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé doit être fixée à une fraction des différents chefs de préjudice subis ; que, compte tenu du rapprochement entre, d'une part, les risques inhérents à l'intervention et, d'autre part, les risques d'hémorragie cérébrale qui étaient encourus en cas de renoncement à ce traitement, cette fraction doit être fixée au cinquième ; qu'ainsi, il sera fait une juste appréciation du préjudice subi par M. T. en le fixant à 290 250 F au titre du préjudice relatif à l'atteinte à l'intégrité physique et à 30 000 F au titre des autres dommages ;

Sur les droits de la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône :

Considérant qu'aux termes du troisième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale : "Si la responsabilité d'un 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" ; qu'il résulte de ces dispositions que le recours de la caisse s'exerce sur les sommes allouées à la victime en réparation de la perte d'une chance d'éviter un préjudice corporel, la part d'indemnité de caractère personnel étant seule exclue de ce recours ; que, par suite, la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône, qui justifie du versement d'une somme totale de 753 521,10 F au titre des débours résultant des suites dommageables pour son assuré de l'embolisation pratiquée par l'hôpital, a droit au remboursement des frais exposés par elle à hauteur de la somme de 290 250 F ; que, dès lors, il y a lieu de condamner les hospices civils de Lyon à verser à ladite caisse la somme de 290 250 F ;

Sur les droits de M. S. T. et de Mme Antonia DALL, venant aux droits de M. T., décédé en cours d'instance :

Considérant que M. Serge T. et Mme D. venant aux droits de M. T. décédé en cours d'instance ont droit à la somme de 30 000 F, calculée ainsi qu'il a été dit ci-dessus et allouée au titre du préjudice personnel qui a résulté pour M. T. de la perte d'une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé ;

Sur le préjudice de Mme T. :

Considérant que Mme T. a subi, en raison de l'état de son époux, des troubles dans ses conditions d'existence ; que ces troubles doivent être évalués à la somme de 60 000 F ; que le préjudice indemnisable à ce titre pour Mme T. est celui imputable à la perte d'une chance pour M. T. de se soustraire au risque qui s'est réalisé ; qu'il doit être fixé au cinquième de la somme précitée de 60 000 F ; qu'il y a lieu, dès lors de condamner les hospices civils de Lyon à verser à Mme T. la somme de 12 000 F ;

Sur les intérêts et les intérêts des intérêts :

Considérant que la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône a droit aux intérêts de la somme de 290 250 F à compter du 5 mai 1992, date de sa demande ;

Considérant que la caisse a demandé, le 7 mars 1994, la capitalisation des intérêts échus sur la somme qui lui est due ; qu'à cette date, il était dû au moins une année d'intérêts ; que, par suite, il y a lieu de faire droit à cette demande ;

Considérant que M. S. T. et Mme D. ont droit aux intérêts de la somme de 30 000 F à compter du 7 janvier 1992, date de la demande présentée par M. T. aux hospices civils de Lyon ;

Considérant que la capitalisation des intérêts a été demandée les 16 février 1994 et 17 février 1995 ; qu'à chacune de ces dates, il était dû au moins une année d'intérêts ; que, par suite, il y a lieu de faire droit à ces demandes ;

Considérant que Mme T. a droit aux intérêts de la somme de 12 000 F à compter du 7 janvier 1992 ;

Considérant que la capitalisation des intérêts a été demandée par Mme T. les 16 février 1994 et 17 février 1995 ; qu'à chacune de ces dates, il était dû au moins une année d'intérêts ; que, dès lors, il y a lieu de faire droit à ces demandes ;

Sur les frais d'expertise :

Considérant que l'expertise a été prescrite afin de permettre au tribunal de se prononcer sur la responsabilité des hospices civils de Lyon ; que la présente décision retenant la responsabilité de l'établissement public, il y a lieu de condamner les hospices civils de Lyon à rembourser à Mme T. et aux ayants-droit de M. T. les frais qu'ils ont exposés pour un montant de 3 600 F ; qu'il convient d'assortir ceux-ci des intérêts légaux à compter du 12 septembre 1990 ;

Sur les conclusions de Mme T. et de M. S. T. et Mme D. qui viennent aux droits de M. T. tendant à l'application des dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991 :

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire application des dispositions de l'article 75-I de la loi susvisée du 10 juillet 1991 et de condamner les hospices civils de Lyon à verser à Mme T. et aux ayants-droit de M. T. la somme de 12 000 F qu'ils demandent au titre des

frais exposés par eux et non compris dans les dépens ;

Considérant que les dispositions de l'article 75-I de la loi susvisée du 10 juillet 1991 font obstacle à ce que les hospices civils de Lyon qui ne sont pas, devant la cour administrative d'appel, la partie perdante, soient condamnés à payer aux consorts T. et à la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône la somme qu'ils demandent au titre des frais exposés par eux devant la cour et non compris dans les dépens ;

Article 1er : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Lyon en date du 20 juin 1996 est annulé.

Article 2 : Les hospices civils de Lyon verseront à M. S. T. et à Mme D., venant aux droits de M. T., la somme de 30 000 F assortie des intérêts légaux à compter du 7 janvier 1992. Les intérêts échus les 16 février 1994 et 17 février 1995 seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 3 : Les hospices civils de Lyon verseront à Mme T. la somme de 12 000 F assortie des intérêts au taux légal à compter du 7 janvier 1992. Les intérêts échus les 16 février 1994 et 17 février 1995 seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 4 : Les hospices civils de Lyon verseront à la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône la somme de 290 250 F avec intérêts au taux légal à compter du 5 mai 1992. Les intérêts échus le 7 mars 1994 seront capitalisés à cette date pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 5 : Les hospices civils de Lyon rembourseront à Mme T. et aux ayants-droit de M. T. les frais d'expertise taxés à la somme de 3 600 F, avec intérêt au taux légal à compter du 12 septembre 1990.

Article 6 : Les hospices civils de Lyon verseront à Mme T., à M. S. T., à Mme D. une somme de 12 000 F au titre de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991.

Article 7 : Le jugement du tribunal administratif de Lyon est réformé en ce qu'il a de contraire à la présente décision.

Article 8 : Le surplus des conclusions de la demande de M. et Mme T. devant le tribunal administratif de Lyon et la cour administrative d'appel de Lyon et les conclusions de la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône tendant au remboursement des frais exposés en appel sont rejetés.

Article 9 : La présente décision sera notifiée à Mme T., à M. S. T., à Mme D., aux hospices civils de Lyon, à la caisse maladie régionale des travailleurs indépendants du Rhône et au ministre de l'emploi et de la solidarité.

Document 17 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000 n° 198530

Considérant que M. G., qui souffrait de troubles du membre inférieur gauche en relation avec l'angiomatose héréditaire dont il était atteint depuis l'enfance, a subi les 6 et 10 octobre 1987 à l'hôpital Lariboisière deux interventions endovasculaires destinées à traiter des fistules artérioveineuses par occlusion, à la suite desquelles il s'est trouvé atteint d'une paraplégie des membres inférieurs ; que la cour administrative d'appel de Paris, statuant en appel sur le recours indemnitaire introduit par l'intéressé contre l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, a jugé que la responsabilité de cet établissement public était engagée à raison de la faute résultant de ce que le patient n'avait pas été informé que l'intervention qui lui était proposée comportait un risque connu de paraplégie, et a accordé à M. G. une indemnité de 200 000 F réparant sa perte d'une chance de refuser l'intervention et de se soustraire ainsi à l'accident qui était survenu ; que l'annulation de cet arrêt est demandée par l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS et, par la voie d'un pourvoi incident, par M. G. ;

Sur la responsabilité de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS :

Considérant que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli dans les 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 praticiens de leur obligation ; qu'ainsi, et alors même que l'absence d'intervention aurait présenté des risques, la cour administrative d'appel de Paris n'a pas commis d'erreur de droit en jugeant que le risque de paraplégie que comportait l'intervention proposée à M. G., quoiqu'exceptionnel, était connu, et qu'eu égard à sa gravité, les praticiens de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS étaient tenus d'en informer l'intéressé ;

Considérant qu'en se fondant, pour estimer que les praticiens avaient omis de fournir cette information, sur le fait que l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS n'établissait pas que l'intéressé avait été informé des risques de l'intervention, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit et a souverainement apprécié les faits de l'espèce ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS n'est pas fondée à demander l'annulation de l'arrêt attaqué en tant qu'il admet le principe de sa responsabilité ;

Sur la détermination du préjudice indemnisable :

Considérant que pour fixer l'indemnité due à M. G., la cour a estimé "qu'eu égard à l'évolution prévisible de la maladie dont M. G. souffrait depuis son enfance, au caractère très peu fréquent du risque encouru lors de l'intervention et à l'ensemble des préjudices physiques et des troubles dans les conditions d'existence subis par le requérant, il sera fait une juste appréciation de l'indemnisation résultant de la perte de chance en condamnant l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS à payer à M. G. la somme de 200 000 F" ; qu'en se fondant notamment, pour évaluer le préjudice résultant pour M. G. de la perte d'une chance de refuser l'intervention, sur les dommages physiques et les troubles dans les conditions d'existence subis par l'intéressé, sans se prononcer sur la nature et l'importance de ces dommages et de ces troubles et sans évaluer la fraction de ce dommage imputable à la perte de chance en procédant à un rapprochement entre, d'une part, les risques inhérents à l'intervention et, d'autre part, les risques encourus en cas de

renoncement à ce traitement, la cour n'a pas suffisamment motivé son arrêt ; qu'ainsi, M. G. est fondé à demander l'annulation de l'arrêt en tant qu'il fixe à 200 000 F le montant de l'indemnité mise à la charge de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS ; qu'il y a lieu de renvoyer l'affaire sur ce point à la cour administrative d'appel de Nantes ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de condamner l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS à verser à M. G. une somme de 10 000 F au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens ;

Article 1er : L'arrêt du 9 juin 1998 de la cour administrative d'appel de Paris est annulé en tant qu'il évalue le préjudice indemnisable de M. G.. L'affaire est renvoyée sur ce point devant la cour administrative d'appel de Nantes.

Article 2 : Le surplus des conclusions de la requête de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS est rejeté.

Article 3 : L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS versera 10 000 F à M. G. en application des dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, à M. G., au président de la cour administrative d'appel de Nantes et au ministre de l'emploi et de la solidarité.

Document 18 : Conseil d'État, 19 mai 2004 et la notion de « perte de chance »

Considérant que les requêtes numéros 216039 et 216040 sont dirigées contre le même arrêt ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

Sur le préjudice :

Considérant qu'aux termes du troisième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, 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 ; qu'il résulte de ces dispositions que le recours des caisses s'exerce sur les sommes allouées à la victime en réparation de la perte d'une chance d'éviter un préjudice corporel, la part d'indemnité de caractère personnel étant seule exclue de ce recours ; que la CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE et la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE justifient respectivement du versement d'une somme de 145 348 euros et de 327 694 euros correspondant aux prestations qu'elles ont versées à la victime ; que, cependant, le total de ces sommes excédant le montant de la part d'indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité physique, fixé à 197 713 euros par la présente décision, il y a lieu de fixer, à due proportion de ce montant par rapport au montant total des créances de sécurité sociale, les indemnités dues à chacune des caisses ; qu'il y a ainsi lieu de condamner l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris à verser à la CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE la somme de 60 750 euros et à la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE la somme de 136 963 euros ;

Droit Médical - L'actualité de la notion de « perte de chance »

Par ailleurs, la Cour de Cassation vient d'avoir l'occasion à deux reprises de casser deux arrêts de Cour d'appel en prenant le soin de rappeler avec fermeté l'acception juridique de la perte de chance et les conséquences qui devaient en être tirées.

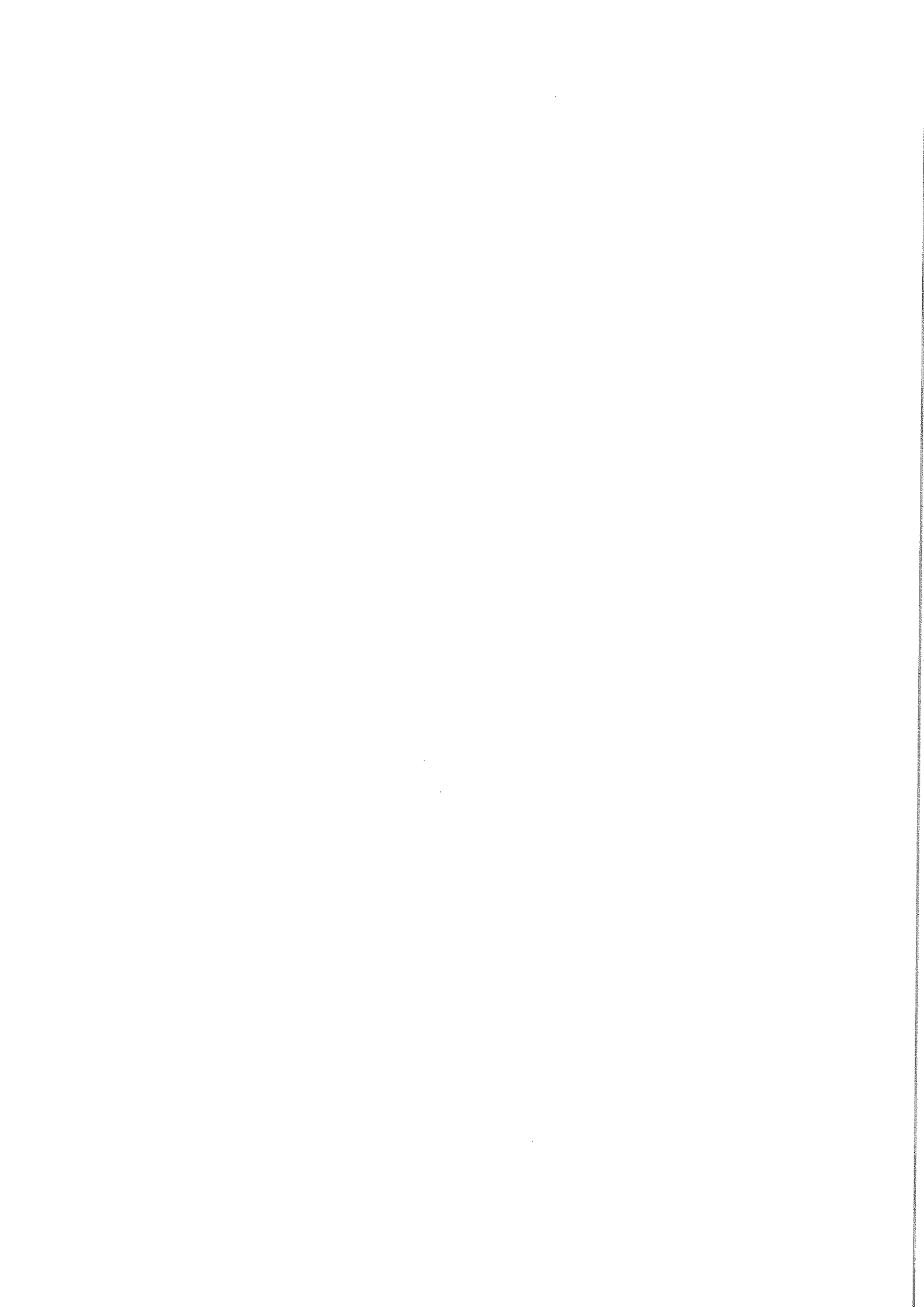
Dans une première espèce, la Cour d'appel de Grenoble avait refusé de retenir l'existence d'une perte de chance au motif qu'il n'était pas certain que la faute, pourtant objectivée, avait eu des conséquences sur l'état de santé de la victime, procédant ainsi à un raisonnement a contrario.

La Cour de cassation censure cette décision pour défaut de base légale et rappelle le raisonnement qui doit être tenu en matière de perte de chance.

Ainsi, une perte de chance présente-t-elle un caractère certain et direct chaque fois qu'est constaté la disparition d'une éventualité favorable.

Aussi, il s'en évince que seule la certitude que la faute n'a pas eu de conséquence peut aboutir à un rejet de la perte de chance, cette preuve incombant aux défendeurs et non pas à la victime.

Cette preuve se révèle difficile à rapporter de sorte que cette solution s'avère favorable aux victimes.



Document 19 : Conseil d'État, 30 mars 2009

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que Mme A a subi le 8 février 2000 aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg une intervention consistant en l'ablation de l'utérus ainsi que de l'ovaire droit et au traitement, en outre, d'une incontinence urinaire ; qu'en conséquence du sectionnement de l'uretère droit survenu au cours de l'intervention, Mme A a dû subir ensuite trois interventions, les 20 février, 24 février et 22 mars 2000 ; que M. et Mme A se pourvoient en cassation contre l'arrêt du 30 novembre 2006 par lequel la cour administrative d'appel de Nancy a confirmé le jugement du tribunal administratif de Strasbourg du 19 avril 2005 rejetant leur demande tendant à la condamnation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg à réparer les préjudices résultant pour eux de l'accident survenu lors de l'intervention du 8 février 2000 ;

Sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi ;

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 praticiens de leur obligation ; que le défaut d'information peut ouvrir droit à réparation alors même qu'il portait sur un risque, finalement réalisé, qui a entraîné une invalidité temporaire réparée par une autre intervention ;

Considérant que la cour administrative d'appel, qui a relevé que l'accident dont avait été victime Mme A lors de la première intervention constituait une complication connue de ce type d'intervention, a également relevé que, postérieurement aux interventions qui ont été ensuite nécessaires pour réparer l'uretère sectionné lors de la première intervention, l'intéressée ne subissait plus d'invalidité liée à cet accident ; qu'il résulte de ce qui a été dit ci-dessus que, en déduisant de cette dernière circonstance que le service public hospitalier n'avait pas commis de faute en n'informant pas Mme A, avant la première intervention, du risque connu de sectionnement de l'uretère qui s'est réalisé, la cour administrative d'appel a entaché son arrêt d'erreur de droit ; que les requérants sont par suite fondés à en demander l'annulation ;

Sur les conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant que ces dispositions font obstacle à ce que soit mise à la charge de l'Etat, qui n'est pas partie à l'instance, la somme que demandent M. et Mme A au titre des frais exposés par eux et non compris dans les dépens ;

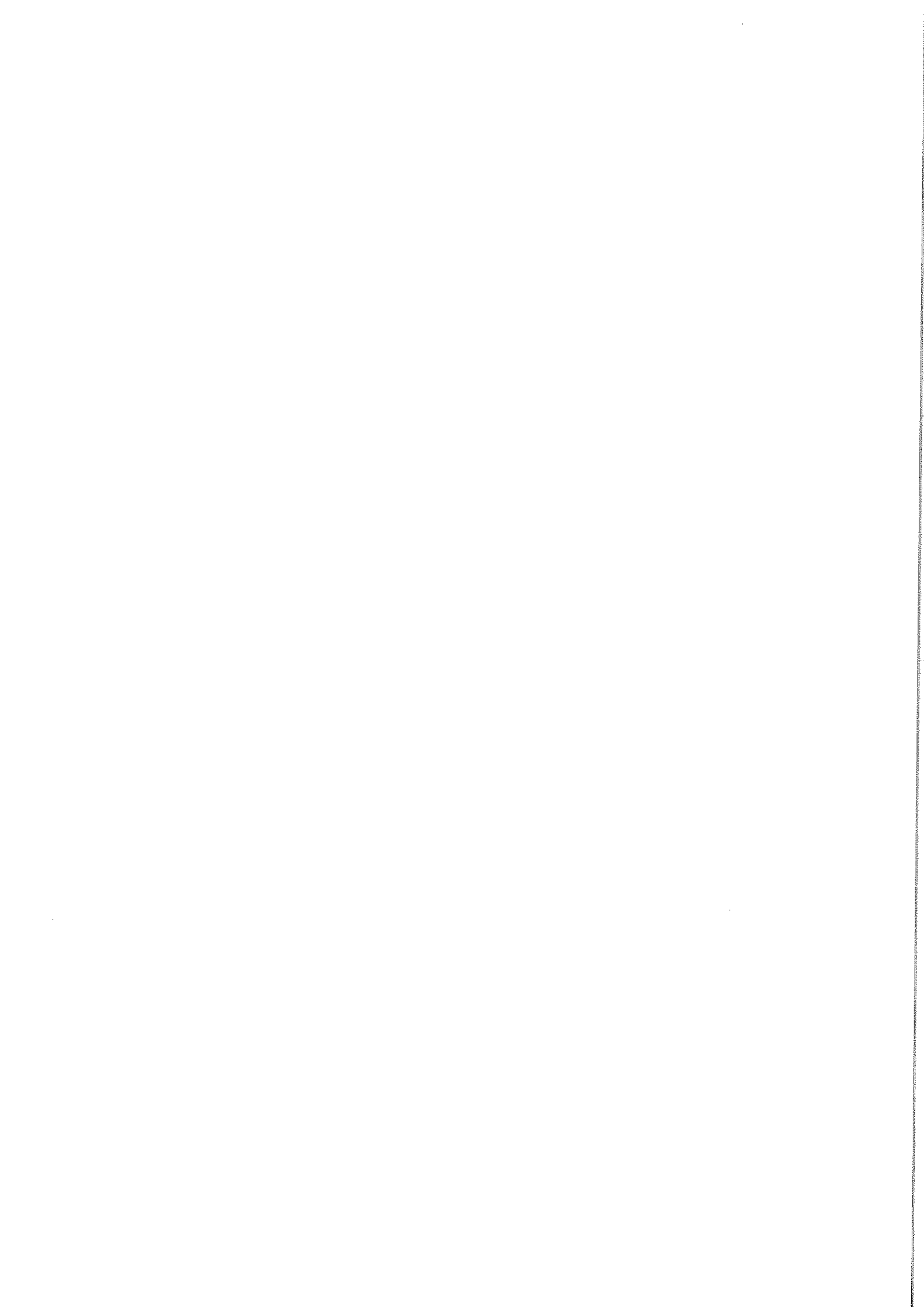
D E C I D E :

Article 1er : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Nancy du 30 novembre 2006 est annulé.

Article 2 : L'affaire est renvoyée à la cour administrative d'appel de Nancy.

Article 3 : Le surplus des conclusions du pourvoi de M. et Mme A est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à M. et Mme Joseph A, aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg et à la caisse primaire d'assurance maladie de Sarreguemines.



Document 20 : « Journal de Droit de la Santé et de l'assurance Maladie » N°1/2013 (extraits)

2. Le contenu de l'information

CE 24 septembre 2012 n°339285 ;

CE. 10 octobre 2012 n°350426 ;

Civ. 1^{ère}, 12 juin 2012 n°11-18327 ;

La question ne peut se départir de l'évolution du droit marquée par l'arrêt fondateur du 3 juin 2010 qui délaissant le visa de l'article 1147 du code civil au profit de celui de l'article 1382 du même code, fait du devoir d'information un devoir transversal pesant sur le médecin. Le patient devient le seul et unique titulaire de ce droit à l'information et nul ne peut en restreindre le bénéfice même s'il est contraire à son intérêt. C'est ce qu'illustre le décret du 7 mai 2012 qui supprime dans le code de déontologie médicale l'un des cas d'exonération possible de son obligation pour le médecin, relatif à la possibilité de laisser le patient dans l'ignorance sur son état de santé, dans son intérêt et pour des raisons légitimes et qui subsistait encore.

Ce droit fondamental à l'information dont l'autonomie est consacrée par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique et sur lequel les juges civil et administratif attirent l'attention des praticiens dont ils attendent sincérité et loyauté en organisant sa sanction presque systématique quelle que soit la conviction que l'on peut avoir sur la décision qui aurait été prise par le patient, ne se départit pas non plus de l'exigence posée par l'article L. 1110-5 alinéa 1^{er} du code de la santé publique de bénéficier des soins les plus appropriés et désormais précisée en matière de prescription hors AMM.

Mais jusqu'à quel point l'étendue de l'information en est-elle affectée ?

L'information sur le risque exceptionnel

Les principes jurisprudentiels posés en matière civile et en matière administrative, avant la loi du 4 mars 2002, ont imposé une information sur les risques graves, connus, y compris si ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement, les risques connus incluant les accidents parfois rares mais dont le mécanisme était connu et dont le risque pouvait être évalué statistiquement. Certes l'article L. 1111-2 du code de la santé publique a utilisé une formulation différente en évoquant l'information sur « les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ».

L'information est désormais élargie aux risques fréquents. En revanche, le qualificatif « exceptionnel » est absent du texte. Mais, même si l'objectif du législateur n'était pas de restreindre la portée des acquis jurisprudentiels mais au contraire de les consacrer, on peut se demander si l'expression « normalement prévisible » ne revient pas sur la solution selon laquelle « le caractère exceptionnel du risque ne dispense pas le praticien de son obligation d'information ». Il appartient donc aux tribunaux de prendre position.

Les deux arrêts du conseil d'État des 24 septembre 2012 et 10 octobre 2012 incluent explicitement le risque exceptionnel dans l'information qui doit être donnée. Ces deux arrêts, reprenant le considérant de l'arrêt du 5 janvier 2000, confirment pour des faits postérieurs au 5 septembre 2001, 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 » mais ne visent pas les dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique. Pour certains auteurs, le Conseil d'État s'affranchirait ainsi de la loi du 4 mars 2002, soit qu'il tend à attirer l'attention du législateur sur la nécessité de reformuler l'article L. 1111-2, soit qu'il considère que les deux expressions ont le même sens et peuvent être utilisées indifféremment. Cette hypothèse paraît celle qu'il faut privilégier, mais dans ce cas les dispositions de l'article L. 1111-2 auraient dû être visées. Notons que les recommandations de l'HAS de 2005 retiennent l'obligation d'information sur les complications et les risques fréquents ou graves « habituellement » prévisibles ce qui tendrait à exclure le risque exceptionnel.

La Cour de cassation vise quant à elle, pour les faits postérieurs au 5 septembre 2001, les

dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique ²³, mais aucune décision explicite n'est venue expressément inclure, à partir de ce texte, le risque exceptionnel dans l'obligation d'information à partir du moment où il serait connu. Nonobstant, de l'arrêt du 8 avril 2010 qui vise l'article L. 1111-2 s'induit l'obligation d'informer du risque scientifiquement connu comme étant en rapport avec l'intervention préconisée. Il s'agissait ici du risque d'infection nosocomiale. Dès lors que le risque connu doit faire l'objet d'une information, le risque qu'il soit exceptionnel ou non, s'il est connu ne suffirait-il pas à impliquer son information, la notion de risque normalement prévisible renvoyant à la notion de risque connu ?

Notons que l'arrêt rendu le 12 juin 2012 (n°11-18928) par la première chambre civile de la cour de cassation et qui porte plus particulièrement sur la preuve de l'information, évoque dans le cadre de l'application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique « toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles », cette expression unique de « risques prévisibles » pouvant sans conteste inclure les risques exceptionnels. S'agissant d'un arrêt de rejet portant qui plus est sur une autre question, l'enseignement ne saurait cependant en être certain.

Les juridictions civiles du fond sont plus explicites sur la nécessité d'informer sur le risque exceptionnel.

Mais, c'est bien dans l'optique d'une extension de l'étendue de l'information qu'il faut se placer et qu'illustre une autre décision du 12 juin 2012 concernant l'information sur la prescription hors AMM d'un traitement qui ne présentait pas de risque connu.

L'information sur la prescription hors AMM

L'arrêt rendu le 12 juin 2012 par la 1^{ère} chambre civile ²⁶ retient un manquement au devoir d'information qui ne peut rester sans réparation dans le fait d'avoir omis de préciser à son patient que le traitement prescrit n'est pas conforme aux indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché.

Il s'agissait en l'espèce d'une injection intradiscale d'Hexatrione par un médecin rhumatologue pour soulager des douleurs lombaires et à laquelle est imputée une calcification nécessitant une intervention chirurgicale. La fermeté de la Cour de cassation à l'aune des dispositions nouvelles de l'article 5121-12-1 du code de la santé publique mais qui ne s'appliquaient pas aux faits de l'espèce, s'exprime dans un domaine d'actualité où il s'agit d'encadrer la liberté de prescription reconnue dès lors que les traitements proposés reçoivent une opinion favorable de la communauté scientifique et lorsque l'intérêt du patient le justifie. Elle consacre un droit à une information qui se situe en dehors de toute question d'existence d'un risque²⁸ puisque le traitement prescrit, pratiqué couramment, était « sans risque connu et réputé apporter fréquemment un soulagement réel ».

Les conséquences de cet arrêt ne sont pas anodines particulièrement dans le contexte des « affaires » actuelles²⁹ puisqu'il applique pour des faits antérieurs à la loi du 29 décembre 2011, le contenu des nouvelles dispositions de l'article L. 5121-12-1, II du code de la santé publique.

Notons, comme l'ont développé certains auteurs que la solution eût pu être la même si les dispositions de l'article L. 1111-2 issues de la loi du 4 mars 2002 avaient été applicables, car ne pas préciser que le traitement est prescrit hors AMM relève d'une information incomplète voir déloyale.

L'information sur les effets secondaires des traitements et médicaments

L'arrêt de la cour de cassation rendu le 28 novembre 2012 sur le fondement de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, rappelle le droit de toute personne à être informée, préalablement aux investigations ou actions proposés, des risques inhérents à ceux-ci et que le non-respect du devoir d'information cause à celui auquel l'information était légalement due un préjudice que le juge ne peut laisser sans réparation. En l'espèce, avait été administré un traitement par Heptamicol sans que n'aient été communiquées les informations médicales concernant les effets et contre-indications de ce médicament et sans vérification suffisante de la situation du patient qui avait pourtant donné connaissance de son activité sportive professionnelle, alors que le médicament contenait une substance interdite lors de certaines compétitions, ce qui avait entraîné un contrôle positif aux produits dopants.

Il est intéressant de noter que la cour d'appel avait rejeté cette demande en faisant valoir que le patient, « coureur aguerri, bien informé des incidences de ses actes et des risques encourus en matière de dopage, ne pouvait sérieusement soutenir que le non-respect du devoir d'information du médecin lui aurait causé un quelconque préjudice indemnisable », d'autant qu'était parallèlement relevé le comportement déloyal lié à la transgression des instructions reçues sur les dangers du dopage et des règles de bonnes conduites et de fonctionnement de l'équipe par l'obtention, par une consultation clandestine, de la prescription d'un produit contre-indiqué pouvant compromettre la participation au Tour de France. Sur ce point, la Cour de cassation a considéré que la cour d'appel avait pu en déduire que son préjudice matériel résultait exclusivement de sa propre faute.

Mais en ce qui concerne le droit fondamental d'être informé, peu importe ainsi le comportement éventuel du patient qui ne sera en rien exonératoire de la nécessaire réparation du préjudice subi du fait du non-respect du devoir d'information³². L'arrêt de la cour d'appel qui avait rejeté la demande de réparation du préjudice moral est cassé. Outre le caractère nécessairement adapté à la personnalité du patient, cet arrêt rappelle que l'information doit être donnée sur les effets secondaires des médicaments, en l'occurrence pour les personnes qui y seraient particulièrement exposées mais aussi de façon plus générale. C'est dire que l'information doit être complète et l'exigence de sa preuve qui pèse sur le professionnel de santé n'est pas pour autant appréciée de manière souple par les juges.

S. W.

3. La preuve de l'information

Civ. 1^{re}, 6 février 2013, n°12-17423.

La charge de la preuve incombe au professionnel de santé. Elle peut être rapportée par tous les moyens. Pour autant, la jurisprudence fait là aussi preuve de fermeté. Certes l'arrêt du 12 juin 2012 (n°11-18.928) pour lequel certains ont évoqué une extrême complaisance en vue de rassurer les professionnels de santé et leurs assureurs³⁴, approuve l'arrêt de la cour d'appel qui retient l'existence d'une même intervention antérieure (arthrodèse vertébrale) par le même praticien avec un résultat favorable, des consultations à de nombreuses reprises suivies de courriers au médecin traitant avant l'intervention qui démontrent le soin pris pour analyser avec la patiente, en liaison avec son médecin traitant, l'ensemble des éléments de nature à fonder un choix éclairé, établissant que le patient avait reçu toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles, le risque qui s'est ici réalisé étant un syndrome de la queue de cheval.

La jurisprudence a déjà admis que le dossier médical tenu par le médecin et une lettre envoyée par celui-ci à un correspondant auquel il avait adressé la patiente étaient des éléments suffisants pour démontrer que le praticien avait rempli son obligation d'information³⁵. Mais les éléments apportés pour prouver le « fait juridique » doivent être pertinents pour être considérés comme suffisants. En principe, il s'agit bien d'une appréciation souveraine des juges du fond.

Pourtant l'arrêt de cassation rendu le 6 février 2013 doit retenir l'attention. En l'espèce, la patiente avait signé une autorisation d'opérer avec accord sur l'information qui lui a été donnée (note 36), mais ce seul élément qui avait été considéré comme suffisant par la cour d'appel ne suffit pas à la Cour de cassation qui reproche aux juges du fond de ne pas avoir recherché si le médecin n'avait pas failli à son obligation d'explicitement les risques précis de l'abdominoplastie en ajoutant « notamment par la remise d'une brochure exhaustive, telle que celle qui avait été remise à Madame X... lors de la seconde intervention chirurgicale ».

(Note 36 : "j'accepte l'opération chirurgicale proposée par le docteur 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 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".)

Si la preuve est libre, la tendance est bien de la rapporter par écrit par le biais d'un consentement

signé du patient. Mais la portée générale qu'il peut avoir, sans mention explicite et précise des risques encourus, ne peut suffire à établir la pertinence de l'information donnée. La remise concomitante d'une « brochure exhaustive », formulaire de société savante ou autre document établi, pourrait ainsi permettre de justifier de l'information donnée sur les risques précis de l'intervention envisagée. Les recommandations HAS de mai 2012, considérant que le dossier contenant les informations de santé relatives à la personne mentionne les informations majeures qui lui ont été délivrées et que ces mentions suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, précisent qu'il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information ; de même lorsqu'il existe des documents d'information destinés aux patients, ces documents n'ont pas à être signés par la personne. Bien sûr, la délivrance d'écrits n'a pas pour vocation de se substituer à l'échange oral personnalisé, d'ailleurs imposé par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, mais dont il sera néanmoins compliqué de prouver la réalité et la teneur. On voit bien que c'est un faisceau d'indices qui va forger la conviction des juges et l'écrit signé du patient, s'il n'est pas suffisant en soi, reste l'un des éléments - encore attendu par les juges - qui pourra, en cumul avec d'autres, justifier de l'information donnée et de son adaptation à la situation personnelle du patient. Au total, il n'y a pas d'extrapolation à dire que, dans l'hypothèse finalement fréquente d'un défaut d'information exhaustif et pour le cas où la faute technique n'est pas établie et où les conditions d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale ne sont pas réunies, l'objectif est bien de permettre, d'abord de façon préventive, une appréciation en connaissance de cause par le patient qui, s'il ne consent pas in fine à l'acte préconisé, peut éviter le dommage corporel. Mais, il est aussi de faciliter et permettre une indemnisation, soit pour fraction du dommage corporel (perte de chance) résultant du risque réalisé, soit désormais au titre d'un préjudice moral autonome, ces deux indemnisations étant même parfois cumulativement admises par les juges.

S. W.

4. La sanction du défaut d'information

CE 10 octobre 2012 n° 350426, D. 2012,

Il convient de rappeler que la responsabilité fondée sur la faute d'information présente une faiblesse structurelle : pour prouver le lien de causalité entre cette faute et son dommage corporel, le patient doit établir qu'il aurait certainement refusé l'opération si le médecin l'avait correctement informé des risques qui y sont attachés. Or il existe souvent un doute relatif à l'attitude qu'aurait eue le patient s'il avait été correctement informé, doute qui rend incertain le lien causal. Pour venir en aide aux victimes, la jurisprudence a alors choisi de réparer un autre préjudice, distinct du dommage corporel, à savoir la perte de chance d'éviter celui-ci.³⁶ Ce déplacement du lien causal vers un préjudice de substitution permet d'écarter les doutes affectant la causalité puisqu'il est certain que le défaut d'information sur les risques de l'opération proposée a fait perdre au patient ne serait-ce qu'une chance d'éviter le dommage. Pour autant, la réparation de la perte de chance n'est pas toujours possible. Il en est ainsi lorsqu'il résulte des faits que le patient n'a perdu aucune chance d'éviter le dommage, puisque même informé des risques, il aurait accepté l'opération.

La question s'est alors posée de savoir s'il ne convenait pas dans cette hypothèse de réparer un dommage moral distinct de la perte de chance. Mais lequel ? Selon une première approche, le préjudice moral s'identifierait au préjudice « d'impréparation » au risque réalisé, notamment aux souffrances endurées en raison de l'impossibilité d'anticiper le dommage subi³⁷. Selon une autre approche, le dommage moral résulterait de la violation d'un nouveau droit subjectif de la personnalité, le droit du patient d'être correctement informé prenant appui sur le droit au respect de l'intégrité corporelle, reconnu à l'article 16-3 du Code civil, ainsi que le droit au respect de la dignité de la personne dont le respect est consacré à l'article 16 du même code. Après avoir refusé de s'engager dans cette voie, la Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence dans un arrêt du 3 juin 2010. Au visa des articles, 16, 16-3 et 1382 du Code civil, la Cour énonce que le non-respect du devoir d'information « cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice qu'en vertu du dernier des textes susvisés, le juge ne peut laisser sans réparation ». Deux

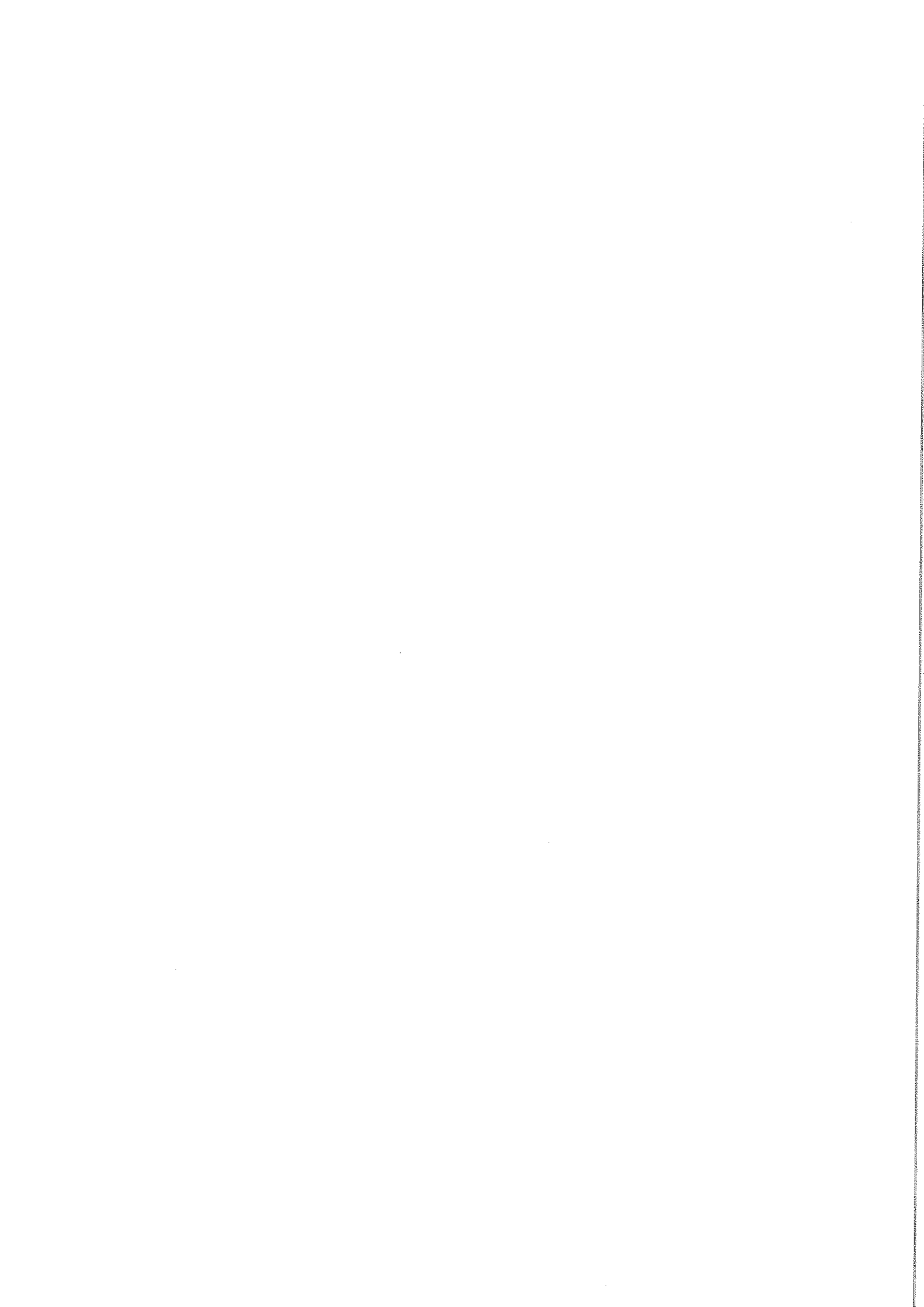
arguments militent en faveur d'un préjudice moral né de la violation du droit à l'information. En premier lieu, la Cour reconnaît que le défaut d'information cause toujours et nécessairement un dommage au patient. Or le préjudice peut être présumé lorsqu'il résulte de la violation d'un droit subjectif de la personnalité, à l'instar du droit au respect de la vie privée. En revanche, le préjudice d'impréparation nécessite d'être constaté au cas par cas par le juge, la victime devant rapporter la preuve que ses souffrances morales auraient été moindres si elle avait été préparée à l'éventualité du risque. En second lieu et surtout, l'arrêt avait été rendu au visa des articles 16 et 16-3 du Code civil. Le visa de l'article 1382 confortait cette lecture, dans la mesure où la violation d'un droit de la personnalité engage la responsabilité délictuelle de l'auteur du dommage sur le fondement de ce texte.

La consécration de ce préjudice moral a par la suite été réaffirmée par un arrêt du 12 juin 2012, la Cour n'ayant pas hésité à changer de visa et à faire appel aux « principes de la dignité de la personne humaine et d'intégrité du corps humain »⁴⁶ et à rattacher Le droit du patient à l'information à des principes supra législatifs⁴⁷. Cette avancée est également confirmée par un arrêt du 12 juillet 2012 aux termes duquel le droit à l'information est « un droit personnel, détaché des atteintes corporelles », dont la « lésion entraîne un préjudice moral »⁴⁸. Dans ce contexte, la position du Conseil d'État était fortement attendue.

L'arrêt du 10 octobre 2012 constitue un alignement partiel de la jurisprudence du Conseil d'État sur celle de la Cour de cassation concernant la sanction du défaut d'information. Selon le Conseil « 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 ; que, toutefois, devant les juges du fond, M. B...n'a pas invoqué un tel préjudice, dont il lui aurait appartenu d'établir la réalité et l'ampleur ; que, contrairement à ce qu'il soutient, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit en ne déduisant pas de la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu, l'existence d'un préjudice lui ouvrant droit à réparation ». Le Conseil d'État accepte désormais de réparer un préjudice moral indépendant de la perte de chance et rejoint en cela la Cour de cassation. En effet, en l'espèce il est constaté que le patient n'avait perdu aucune chance d'éviter le dommage en refusant l'opération. Pour autant, si la haute juridiction administrative accepte d'aller au-delà de la perte de chance et de consacrer un préjudice moral distinct, ce préjudice ne semble pas être le même que celui retenu par la Cour de cassation. En effet, selon l'arrêt, il s'agit du préjudice d'impréparation et non de celui résultant de la violation d'un droit subjectif de la personnalité.

Le Conseil en déduit que ce préjudice n'est pas automatique, qu'il ne découle pas ipso facto de la violation du devoir d'information et qu'il doit être constaté au cas par cas. Il ne se déduit pas de « la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu ». La preuve de ce préjudice d'impréparation n'ayant pas été rapportée en l'espèce, le patient ne l'ayant d'ailleurs même pas invoqué, le Conseil d'État approuve la cour d'appel d'avoir rejeté la demande⁴⁹. Cette divergence partielle est regrettable et contraire à l'esprit d'harmonisation de la loi du 4 mars 2002. Espérons que le rapprochement souhaité se fera au bénéfice des patients, autorisés à invoquer une présomption de préjudice en cas de violation du droit de la personnalité, quelle que soit la structure publique ou privée dans laquelle ils sont soignés.

M. B.



Document 21 : Conseil d'État, 28 juillet 2011

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. C, alors âgé de 57 ans, a subi au centre hospitalier d'Auxerre divers examens dont une radiographie thoracique le 13 mars 2001 et des biopsies bronchiques et un scanner thoracique le 10 mai 2001 ; que ces examens ont révélé l'existence d'un risque de cancer bronchique ; que M. C a de nouveau été admis au centre hospitalier d'Auxerre en janvier 2002 ; qu'a alors été diagnostiqué un cancer du poumon avec dissémination osseuse ; que M. C est décédé le 10 mars suivant ; que son épouse, Mme Jacqueline A, et ses deux filles, Mlles Magali et Céline B, se pourvoient en cassation contre l'arrêt par lequel la cour administrative d'appel de Lyon a annulé le jugement du tribunal administratif de Dijon qui avait condamné le centre à leur verser respectivement les sommes de 15 000 euros et 5 000 euros chacune ;

Sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi ;

Considérant qu'aux termes de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable à la date des faits litigieux : "Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. / Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées (...) " ; qu'en application de ces dispositions, il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé, à moins que celui-ci n'ait expressément demandé que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant ; que, par suite, la cour, après avoir relevé que les pièces du dossier ne permettaient pas d'établir que le médecin pneumologue du centre hospitalier ait informé M. C de la suspicion d'un cancer bronchique à l'issue des investigations menées en mars et mai 2001, n'a pu, sans commettre d'erreur de droit, juger que l'information de M. C avait été assurée par le seul envoi par l'hôpital du compte rendu des examens à son médecin traitant alors qu'il n'avait pas expressément demandé que seul ce dernier lui indique les résultats des investigations pratiquées sur sa personne ; que son arrêt doit par suite être annulé ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de régler l'affaire au fond en application des dispositions de l'article L. 821-2 du code de justice administrative ;

Sur la responsabilité du centre hospitalier d'Auxerre :

Considérant qu'ainsi qu'il a été dit ci-dessus, les praticiens des établissements publics de santé ont l'obligation d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé, à moins que celui-ci n'ait expressément demandé que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant ; qu'il appartient aux établissements publics de santé d'établir que cette information a été délivrée ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que les résultats des examens pratiqués le 10 mai 2001 permettaient de suspecter que M. C était atteint d'un cancer bronchique et impliquaient nécessairement des investigations complémentaires afin de poser le diagnostic et de proposer un traitement ; que le centre hospitalier n'établit pas que cette information a été apportée à l'intéressé à l'issue des examens en cause ; que, comme il a été dit ci-dessus, la circonstance que les résultats des examens ont été adressés au médecin traitant de M. C ne dispensait pas le centre hospitalier de son

obligation d'information du patient ; que le défaut d'information de M. C révèle, comme l'a jugé le tribunal administratif de Dijon, une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier d'Auxerre ; que cette faute a fait perdre à M. C une chance de recevoir des soins permettant de retarder son décès ;

Sur le préjudice :

Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport d'expertise que le traitement du cancer dont été atteint M. C aurait pu, s'il avait été entrepris à l'issue des examens effectués en mai 2001, permettre à ce dernier de survivre entre 26 et 37 mois de plus ; qu'il s'ensuit que le centre hospitalier d'Auxerre n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Dijon l'a condamné à verser à Mme A la somme de 10 000 euros au titre du préjudice moral qu'elle a subi et, au vu des revenus de M. C avant son décès, de 5 000 euros au titre du préjudice économique, ainsi que la somme de 5 000 euros à chacune des filles de M. C au titre de leur préjudice moral ; que les requérantes ne démontrent pas, dans leur appel incident, que ces indemnités aient été fixées à un niveau insuffisant ;

Sur l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, en application de ces dispositions, de mettre à la charge du centre hospitalier d'Auxerre une somme globale de 5 000 euros au titre des frais exposés par Mme Jacqueline A et Mlles Magali et Céline B, devant la cour administrative d'appel et le Conseil d'Etat, et non compris dans les dépens ;

DECIDE :

Article 1er : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Lyon du 23 juin 2009 est annulé.

Article 2 : La requête du centre hospitalier d'Auxerre et les conclusions incidentes de Mme Jacqueline A et de Mlles Magali et Céline B devant la cour administrative d'appel de Lyon sont rejetées.

Article 3 : Le centre hospitalier d'Auxerre versera à Mme Jacqueline A et à Mlles Magali et Céline B la somme globale de 5 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mme Jacqueline A, à Mlle Magali B, à Mlle Céline B et au centre hospitalier d'Auxerre.

Document 22 : Conseil d'État, 24 septembre 2012

1. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que Mlle F... a subi le 13 mars 2002 à l'hôpital Edouard-Herriot de Lyon une opération de résection costale destinée à soulager le syndrome de la traversée thoraco-brachiale dont elle était atteinte ; que cette opération a été suivie de complications neurologiques, sensibles et motrices ; que l'intéressée, qui a notamment été contrainte d'abandonner son métier de coiffeuse, 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'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), au titre de la réparation des aléas thérapeutiques ; que son recours a été rejeté par un jugement du 11 avril 2006 du tribunal administratif de Lyon, confirmé par un arrêt du 3 novembre 2009 de la cour administrative d'appel de Lyon contre lequel elle se pourvoit en cassation ;

Sur l'arrêt attaqué, en tant qu'il statue sur la responsabilité pour faute des Hospices civils de Lyon :

2. 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 ;

3. 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 ;

4. 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 cour administrative d'appel 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 Mlle F...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 ;

Sur l'arrêt attaqué, en tant qu'il statue sur l'application des dispositions de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique :

5. Considérant qu'aux termes du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable aux circonstances de l'espèce : " Lorsque la responsabilité (...) d'un établissement (...) n'est pas engagée, un accident médical (...) ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la

durée de l'incapacité temporaire de travail. / Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret “ ; que, selon l'article D. 1142-1 du même code : “ Le pourcentage mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1142-1 est fixé à 24 %. / (...) A titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu : / 1° 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 ; / 2° Ou 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 “ ;

6. Considérant qu'il ressort des constatations mêmes de l'arrêt attaqué que les complications neurologiques de l'intervention ont pris chez... “ ; que l'intéressée a subi une incapacité temporaire totale de près de six mois ; que si l'invalidité permanente partielle dont elle demeure atteinte a été évaluée à 20 % seulement, elle l'a néanmoins rendue définitivement inapte à exercer la profession de coiffeuse qui était la sienne ; qu'eu égard à l'anormalité et à la gravité de ces conséquences, et alors même que l'intéressée a pu reprendre une activité en qualité d'agent administratif, la cour administrative d'appel a inexactement qualifié les faits de l'espèce en jugeant que les conditions auxquelles les dispositions précitées subordonnent la prise en charge des aléas thérapeutiques au titre de la solidarité nationale n'étaient pas remplies ;

7. Considérant qu'il résulte de ce qui précède, et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi, que Mlle F...est fondée à demander l'annulation de l'arrêt du 3 novembre 2009 de la cour administrative d'appel de Lyon ; que, la requérante ayant obtenu le bénéfice de l'aide juridictionnelle, son avocat peut se prévaloir des dispositions des articles L. 761-1 du code de justice administratives et 37 de la loi du 10 juillet 1991 ; qu'il y a lieu, sous réserve que la SCP Blanc, Rousseau, avocat de MlleF..., renonce à percevoir la somme correspondant à la part contributive de l'Etat, de mettre à la charge des Hospices civils de Lyon et de l'ONIAM la somme de 1 500 euros chacun, à verser à cette société ;

D E C I D E :

Article 1er : L'arrêt du 3 novembre 2009 de la cour administrative d'appel de Lyon est annulé.

Article 2 : L'affaire est renvoyée à la cour administrative d'appel de Lyon.

Article 3 : Les Hospices civils de Lyon et l'ONIAM verseront chacun à la SCP Blanc, Rousseau, avocat de Mlle F..., une somme de 1 500 euros en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 37 de la loi du 10 juillet 1991, sous réserve que cette société renonce à percevoir la somme correspondant à la part contributive de l'Etat.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mlle A...F..., aux Hospices civils de Lyon et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Document 23 : Conseil d'État, Responsabilité civile et assurances, 10 octobre 2012 (extrait)

1. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. B...a subi le 1er mars 2002 au centre hospitalier régional et universitaire de Rouen une intervention chirurgicale rendue nécessaire par la découverte d'une tumeur rectale ; qu'un abcès périnéal et une fistule sont apparus huit jours après l'opération ; que la fistule a été traitée sans succès par des soins locaux et quatre injections de colle biologique jusqu'au début du mois de juillet 2003 ; que, le 24 juillet 2003, M. B...a subi à l'hôpital Saint-Antoine à Paris une intervention chirurgicale qui a permis la consolidation de son état de santé ; que M. B...et Mme C... ont recherché la responsabilité du centre hospitalier régional et universitaire de Rouen devant le tribunal administratif de Rouen, qui a rejeté leur demande par un jugement du 9 juillet 2009 ; qu'ils se pourvoient en cassation contre l'arrêt du 16 novembre 2010 par lequel la cour administrative d'appel de Douai a confirmé ce jugement ;

Sur la responsabilité du centre hospitalier régional et universitaire de Rouen au titre d'un manquement à l'obligation d'information :

2. 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 ;

3. 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 ;

4. Considérant que la cour administrative d'appel a jugé que le centre hospitalier régional et universitaire de Rouen n'établissait pas que M. B...avait été informé, avant l'opération chirurgicale du 1er 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 ; qu'elle a toutefois retenu qu'il ressortait tant du compte rendu faisant suite à l'examen par coloscopie réalisé le 28 janvier 2002 que du rapport de l'expert que cette intervention était impérieusement requise pour extraire la tumeur dont M. B...était porteur ; que ce motif, exempt de dénégation, justifie l'affirmation de la cour selon laquelle le manquement des médecins à leur obligation d'information n'a pas, dans les circonstances de l'espèce, fait perdre à l'intéressé une chance de refuser l'intervention et d'échapper ainsi à ses conséquences dommageables ; que si l'arrêt énonce que " par ailleurs, (M.B...) ne justifie, ni même n'allègue, qu'il aurait renoncé à cette intervention s'il avait été informé des risques qu'elle comportait ", ce motif, qui par lui-même n'était pas de nature à justifier le rejet des conclusions de l'intéressé, présente un caractère surabondant en sorte que l'erreur de droit que la cour a commise en le faisant figurer dans son arrêt ne justifie pas la cassation demandée ;

5. Considérant qu'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 ; que, toutefois, devant les juges du fond, M. B...n'a pas invoqué un tel préjudice, dont il lui aurait appartenu d'établir la réalité et l'ampleur ; que, contrairement à ce qu'il soutient, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit en ne déduisant pas de la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu, l'existence d'un préjudice lui ouvrant droit à réparation ;

