

CONTAMINATION PAR LE VIRUS DE L'HEPATITE A

Recours en garantie de l'ONIAM contre les assureurs des centres de transfusion

1ère D, 28 octobre 2014, RG n° 13/04266

La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 a substitué l'ONIAM à l'EFS, dans les instances en cours à la date du 1er juin 2010, pour lui permettre d'indemniser, au titre de la solidarité nationale, les victimes de contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C.

Alors que l'article 72 III de cette loi, dans sa rédaction initiale, disposait que cette substitution n'opérait pas de transfert à l'ONIAM des créances de l'EFS envers les assureurs de celui-ci, il résulte de sa nouvelle rédaction, applicable à compter du 19 décembre 2012, que l'ONIAM, lorsqu'il a indemnisé une victime et, le cas échéant, remboursé des tiers payeurs, peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a versées par les assureurs des structures reprises par l'EFS.

Selon l'article 72 III nouveau, ces dispositions s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1er juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Ce texte ne porte pas atteinte au droit à un procès équitable garanti par l'article 6 § 1 de la CEDH dès lors que son application aux instances en cours, qui a pour but de faire bénéficier l'ONIAM des contrats d'assurance que les structures reprises par l'EFS, demeuré responsable de la contamination, avaient légalement souscrits, répond à d'impérieux motifs d'intérêt général.

Il en est tout autant d'une prétendue atteinte au droit au respect des biens, garanti par l'article 1er du Protocole additionnel n° 1 de la même Convention, dès lors que l'utilité publique du texte litigieux ne saurait être "manifestement dépourvu de base raisonnable", au sens de la jurisprudence de la CEDH.

En effet, alors que l'ONIAM est tenu d'indemniser, au titre de la solidarité nationale, les victimes de contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C, l'article 72 tend précisément à combattre l'enrichissement sans

cause des assureurs à qui les primes d'assurance ont été versées en exécution des contrats souscrits par les centres de transfusion repris par l'EFS, mais aussi à éviter l'appauvrissement corrélatif des pouvoirs publics, voire l'accroissement des difficultés financières auxquelles l'ONIAM se trouve inévitablement confronté.

Au demeurant, loin de porter atteinte au droit au respect des biens, le texte incriminé ne fait que rétablir un équilibre entre la solidarité nationale due à toute victime d'une contamination transfusionnelle par le virus de l'hépatite C et le droit de propriété invoqué au nom des assureurs, ces derniers ne pouvant bénéficier d'avantages exorbitants qui découleraient de l'article L. 1221-14 du code de la santé publique dans sa version issue de l'article 67, IV, de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 alors que dans le même temps, ils conserveraient des indemnités qu'ils s'étaient engagés à verser en exécution de contrats pour lesquels ils ont perçu les primes y afférentes.

Régime de responsabilité de l'établissement de soins

CA Montpellier, 1ère D, 8 avril 2014 – RG 12/05726

1) L'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a consacré une présomption de causalité en cas de contestation relative à l'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C antérieure à la date de son entrée en vigueur, imposant à la victime demanderesse d'apporter les éléments permettant de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, la partie défenderesse devant alors rapporter la preuve de ce que la transfusion ou l'injection n'est pas à l'origine de la contamination.

2) Une fois déterminée l'imputabilité de la contamination par le virus de l'hépatite C à une transfusion ou à une injection de produits sanguins, la responsabilité de l'établissement de soins pour les dommages causés par un produit de santé défaillant utilisé sur un patient, ne peut être recherchée que sur le fondement du droit commun de la responsabilité, notamment à raison des éventuels manquements à l'obligation de prudence et de diligence de ce prestataire de services, dans l'utilisation du produit sanguin qui lui a été livré.

3) Le rapport d'expertise démontrant que le virus de l'hépatite C a été identifié seulement en 1989, qu'en 1986 l'absence de dépistage sérologique rendait sa détection impossible et qu'ainsi la clinique n'avait aucun moyen de contrôler et de vérifier l'innocuité du produit sanguin livré avant de le transfuser, aucune faute précise et certaine de sa part n'est caractérisée et la victime n'est pas fondée à lui opposer une obligation de sécurité de résultat ni ne démontre en quoi elle aurait méconnu son obligation de prudence et de diligence dans l'utilisation du produit livré.

Dans ces conditions, la preuve de sa responsabilité de la clinique sur le fondement de l'article 1147 du Code Civil n'est pas rapportée.

DROIT A UN PROCÈS ÉQUITABLE

Irrespect de la nomenclature générale des actes professionnels

CA Montpellier, 18 sept. 2012, RG 11/02105

L'irrespect par un professionnel des temps indiqués par la nomenclature générale des actes professionnels n'est pas en lui-même constitutif de fraude ou de quelconque autre délit, la cour d'appel n'ayant pas à apprécier si ce gain de temps est le résultat des qualités professionnelles du prévenu ou d'une légèreté déontologique reprochable.

Aucune distinction ne pouvant être établie entre les actes réellement pratiqués et ceux imaginaires dont le remboursement aurait frauduleusement été demandé, il en résulte une insuffisance de l'accusation et une absence de démonstration globale probante violant l'article 6 alinéa 3a de La Convention européenne de sauvegarde des droits de L'Homme et des Libertés fondamentales disposant du droit pour un prévenu d'être informé de manière détaillée de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui.

Dans le même sens : Cass. crim. 7 janv. 2003, n° 01-88782 BuLL. crim., n° 2 ; JCP 2003, IV, 1606.

FAUTE MÉDICALE

Perforation du côlon

1ère C, 9 janvier 2018, RG 15/06516

L'expert judiciaire ne relevant aucune maladresse objective du chirurgien dans la pratique de l'acte, le risque de perforation relevant de l'aléa thérapeutique inhérent à la coloscopie, la nécessaire preuve d'une faute pour engager la responsabilité du professionnel de santé quant aux dommages fait défaut.

Prescription de médicaments morphiniques à un patient toxicomane

1ère chambre C, 26 février 2019, RG 17/02147

A commis une faute caractérisée le médecin qui a prescrit à son patient des médicaments à base de morphine sans prendre les précautions que nécessitaient son addiction aux stupéfiants en lui permettant, par une posologie prévue pour deux semaines et délivrée en une seule fois, de subir un surdosage létal, alors qu'une prescription à quelques jours, une délivrance fractionnée par la pharmacie ou encore l'administration de la morphine à périodes régulières par un infirmier étaient envisageables.

INFECTION NOSOCOMIALE

Présomption de responsabilité de l'établissement de soins

CA Montpellier 1ère chambre C, 23 avril 2019, RG 16/05353

L'article L 1142-1 du code de la santé publique implique une présomption de responsabilité de plein droit sans faute de l'infection contractée au sein de l'établissement de soins sauf à établir la preuve d'une cause étrangère ayant les caractéristiques d'imprévisible et irrésistible de la force majeure.

En présence d'expertises concluant que l'infection a été contractée, soit le 5 mai 2008 à la polyclinique X...lors d'une arthroscopie, soit le 7 mai 2008 au cabinet du Docteur Y...à l'occasion d'une ponction, et dès lors que n'est rapportée aucune preuve d'une faute du Docteur Y... à l'origine de l'infection, l'alternative posée par les experts ne laisse subsister que l'option du 5 mai à la polyclinique, pour laquelle l'absence de preuve d'une cause étrangère établit la présomption de responsabilité.

Elle est en conséquence responsable des conséquences dommageables de l'infection nosocomiale dont le patient a été victime à la suite de l'intervention pratiquée le 5 mai 2008 dans l'établissement.

Qualification

1ère Chambre C, 2 mai 2018, RG 15/09259

L'article R 6111- 6 du code de la santé publique définissant l'infection nosocomiale comme une « infection associée aux soins contractée dans un établissement de santé », cette qualification ne peut être retenue que s'il est établi, non seulement que l'infection est liée aux soins, mais également qu'elle a été contractée pendant la période d'hospitalisation dans l'établissement de santé. Cette exigence n'est pas satisfaite lorsque l'acte à l'origine du germe infectieux sur la chambre implantable n'a pu être déterminé et qu'il n'est pas démontré qu'il se situe durant la période d'hospitalisation plutôt que dans celle de soins à domicile qui a suivi.

OBLIGATION D'INFORMATION SUR LE RISQUE MEDICAL

Angiographie

1ère chambre C, 29 novembre 2016 RG 14/06022

Un accident vasculaire cérébral survenu au cours d'une angiographie réalisée en l'absence de toute faute technique présente la nature d'un aléa thérapeutique.

Même si cet acte n'était pas indispensable en raison du caractère peu symptomatique de la sténose qui le motivait, la décision d'y recourir n'était pas fautive dès lors qu'il n'était ni contre indiqué, ni dépourvu d'utilité préventive et qu'il s'agissait d'une décision difficile à prendre quant au rapport bénéfice/risque.

En revanche, le médecin a manqué à son obligation d'information car le patient aurait du être informé de manière beaucoup plus complète sur les risques prévisibles en cas de recours à ce traitement et à l'inverse en cas de

refus, et disposer d'un délai de réflexion cas d'au moins 48 heures entre la consultation anesthésique et l'intervention.

Coloscopie

1ère C, 9 janvier 2018, RG 15/06516

La connaissance par une patiente des risques d'une coloscopie pour en avoir bénéficié de quatre par le passé connaissance ne dispensait pas le médecin d'une information actualisée dont il n'a pu fournir la preuve. Toutefois, la situation particulière d'un cinquième examen identique est de nature à réduire l'importance du préjudice résultant d'une information insuffisante.

Ligature des trompes

1° C, 13 Septembre 2016, RG 14/02539

La seule information orale sur les risques d'une intervention de ligature des trompes ne suffit pas à répondre aux exigences précises de l'énoncé retranscrit des dispositions de l'article L 2 123- 1 du code de la santé publique, notamment l'obligation de remettre un dossier d'information écrit et de ne procéder à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion et après une confirmation écrite du patient.

La référence aux recommandations d'une information orale de la Haute autorité de santé publique est inopérante au regard des exigences particulières du code de la santé publique dans le cas de stérilisation à visée contraceptive.

De même, la seule information orale concernant l'intervention de kystectomie par coelioscopie réalisée concomitamment ne répond pas à la définition générale du droit d'information du patient par les dispositions de l'article L 1111- 2 du code de la santé publique, ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé.

Mise en place d'un stérilet

1ère C, 12 juillet 2016, RG 14.05237

Soumis à un devoir permanent d'information sur les risques éventuels de l'acte médical envisagé, dont il ne peut être dispensé par le seul fait que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement, un praticien avait

l'obligation d'informer la patiente du risque de perforation de la paroi utérine lors de la mise en place d'un stérilet, dès lors que cette complication par ailleurs non fautive est un effet indésirable connu, spécialement mentionné dans la notice du fabricant.

Il n'est pas fondé à s'exonérer de sa carence de preuve d'une information suffisante en rejetant l'obligation sur la seule notice d'information par le fabricant, alors que son obligation personnelle autonome résulte nécessairement de sa qualité de professionnel de santé dans la relation de confiance avec le patient.

Prescription de Roaccutane

1ère chambre C, 14 décembre 2016 - RG 14/06086

Le Roaccutane, médicament prescrit dans le cas d'une acné sévère, a fait l'objet d'un renforcement des règles de prescription et de délivrance auxquelles l'AFSSAPS a sensibilisé les médecins prescripteurs en leur recommandant une information particulière du patient sur les risques encourus en cas d'antécédents psychiatriques et de lui remettre une brochure contenant l'explication de la notice de l'autorisation de mise sur le marché.

Si la preuve certaine n'est pas rapportée de la connaissance par le médecin de la fragilité psychiatrique de sa patiente ni d'un lien de causalité entre la prescription et l'évolution de sa maladie qui a conduit à son suicide, il a commis néanmoins une faute, indépendante d'un lien de causalité avec le décès et relevant de son obligation d'information, dès lors qu'il ne rapporte pas la preuve de lui avoir remis la brochure et de l'avoir suffisamment informée sur les risques encouru et ne justifie pas d'investigations et d'un interrogatoire suffisants pour répondre à la recommandation de vigilance particulière des autorités de santé et de la notice du produit.

Le médecin prescripteur est responsable des conséquences dommageables d'une perte de chance de vie de la victime évaluée par la cour à 50 %.

Prise de Subutex en sus du traitement prescrit

Chambre de l'instruction, 8 février 2018, n°2017/00981

S'agissant d'une patiente hospitalisée dans une clinique neuropsychiatrique sous le régime de l'hospitalisation libre et décédée pendant la nuit par suite

de l'absorption de Subutex incompatible avec son traitement, aucune faute caractérisée qui consisterait en un défaut d'information, au sens des articles R 4127-34 et R 4127-35 du code de la santé publique, sur les risques encourus en cas de prise conjointe de Subutex et d'autres médicaments ne peut être retenue à la charge du médecin traitant dès lors que le Subutex ne faisait pas partie du traitement prescrit, qu'il n'est nullement établi qu'elle en ait précédemment consommé et que le traitement lui-même n'a fait l'objet d'aucune critique.

Prothèse de la hanche, rupture

1ère Chambre C, 17 avril 2018, RG 15/08595

1. Rien ne permettant de considérer la rupture d'une prothèse de la hanche comme un risque fréquent ou un risque grave normalement prévisible, ce risque n'est pas de la nature de ceux entrant dans l'obligation d'information imposée au médecin par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique.

2. Il résulte des articles 1386-1, 1386-4 et 1386-9 du code civil que le producteur est responsable du dommage causé par un défaut de son produit, qu'est défectueux un produit qui n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre et que le demandeur doit prouver le dommage, le défaut, le lien de causalité entre le défaut et le dommage.

Constituent des présomptions graves, précises et concordantes établissant la preuve du caractère défectueux de la tête en céramique d'une prothèse de hanche, les faits qu'elle se soit rompue au bout d'un an en raison d'une usure anormale alors que sa durée de vie est de quinze ans, qu'elle faisait partie d'un lot dans lequel un cas similaire avait été enregistré et qu'aucune faute médicale du chirurgien qui l'a posée n'a été constatée.

Tout patient subissant une arthroplastie totale de hanche étant légitimement en droit d'attendre que la prothèse posée ne se rompe pas au bout d'un an et sa rupture étant la cause des luxations répétitives qu'il a subies, le fabricant de l'élément défectueux et celui qui l'a incorporé à la prothèse en sont solidairement responsables en application de l'article 1386-8 du code civil,

Risque d'échec de la vasectomie

1ère Chambre C, 6 mars 2018, RG 15/07957

A commis un manquement à son devoir d'information le médecin qui a remis à son patient avant l'intervention un document ne faisant pas mention du risque d'échec de la vasectomie, dont le taux varie de 0,2 à 2 %, soit donc un risque rare mais non exceptionnel et ne lui a pas délivré une information claire et adaptée à ce sujet.

Ce défaut d'information a fait perdre au patient une chance de refuser la vasectomie et donc d'éviter le dommage. Celle-ci doit être limitée à 50% dans la mesure où l'expert judiciaire indique qu'aucune autre intervention n'aurait eu un taux de réussite de 100 %, que l'épouse ne supportait ni la pilule, ni le stérilet et que les choix offerts étaient de continuer à utiliser les condoms ou de lui proposer une ligature des trompes.

Doit être pris en compte le fait que la naissance d'un troisième enfant a généré des charges et déséquilibré la structure familiale organisée depuis plusieurs années autour du premier enfant atteint de myopathie qui nécessitait une disponibilité particulière de la part des parents.

En revanche, l'utilisation de la théorie de la perte de chance ne peut permettre d'indemniser tous les préjudices survenus durant la vie de l'enfant, tels que le syndrome d'Asperger apparu neuf ans après la naissance et sans aucun rapport avec la maladie génétique redoutée initialement affectant le premier enfant du couple.

Compte tenu de ces éléments, le poste de préjudice lié à la perte de chance d'éviter la grossesse est fixé à la somme de 50 000 €, soit après application du taux de 50 %, une indemnisation à hauteur de 25 000 €.

Réparation du préjudice causé par le déficit d'information : perte de chance

Indemnisation globale en l'absence de faute médicale

1ère C, 12 septembre 2017, RG 15/02691

Lorsqu'une expertise relève sans ambiguïté qu'une intervention de gastroplastie était conforme aux recommandations de bonnes pratiques et adaptée à l'obésité de la patiente, que la survenue d'une sténose postopératoire est une complication évolutive possible et n'est pas liée à une erreur technique et que les postes de préjudice corporel autres que les

souffrances endurées ne sont pas affectés par le choix de l'intervention pratiquée, le préjudice résultant de l'insuffisance de preuve d'une parfaite information de la patiente à l'origine de son traumatisme psychologique s'analyse en une perte de chance d'avoir pu accepter le type d'intervention réalisée en toute connaissance de cause.

En l'absence de faute du médecin dans la réalisation et le suivi de l'intervention pratiquée, la réparation de la perte de chance liée au déficit d'information doit faire l'objet d'une indemnisation globale et ne peut pas fonder les prétentions de la victime à l'indemnisation de divers postes de préjudice corporel.

Preuve du lien de causalité entre défaut d'information et préjudice allégué.

CA Montpellier, 1ère D, 22 avril 2014 – RG 13/02691

S'il incombe au praticien de rapporter la preuve de l'exécution de son obligation d'information imposée par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, il appartient toutefois au patient de prouver le lien de causalité entre ce défaut d'information et le préjudice allégué.

Ce lien n'est pas démontré lorsque le patient se contente d'invoquer l'existence d'une perte de chance de ce que, réellement informé, il aurait pu renoncer aux soins proposés par le praticien et a "perdu une chance de s'adresser à d'autres professionnels ou de faire appel à une autre technique pour la réalisation des soins dont il éprouvait la nécessité".

Dans ces conditions, seul peut donner lieu à réparation le préjudice moral que le manquement à son droit d'être informé lui a nécessairement causé.

OBLIGATION DE MOYENS DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Chambre de l'instruction, 8 février 2018, n°2017/00981

S'agissant d'une patiente hospitalisée dans une clinique neuropsychiatrique sous le régime de l'hospitalisation libre et décédée pendant la nuit par suite de l'absorption de Subutex incompatible avec son traitement, aucune manquement de l'établissement à son obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour veiller à la sécurité de la patiente en fonction de son état et du régime

nécessairement moins contraignant de l'hospitalisation libre ne peut être retenu, même à supposer qu'elle ait pu se procurer du Subutex à l'extérieur à l'occasion d'une sortie, dès lors que ce type de centre ne dispose ni d'un secteur fermé ni du pouvoir d'opérer la fouille de ses patients à leur entrée dans l'établissement pas plus que de celui de leur interdire de se rendre dans les chambres des autres, que l'état de santé ou le comportement de la personne concernée n'avait fait l'objet d'aucune remarque ou signalement particulier et que l'équipe de nuit n'avait reçu aucune alerte particulière à son sujet.

