

*Recueil d'Annales 2023 - 2024*

*Licence 3*

*Semestre 2*

*Session 1*



**UBO**

Université de Bretagne Occidentale

# Sommaire

Procédure pénale ( <b>sans TD</b> ).....	4
Procédure pénale ( <b>avec TD</b> ) .....	5
Procédure civile ( <b>sans TD</b> ) .....	6
Procédure civile ( <b>avec TD</b> ) .....	8
Philosophie du droit.....	11
Libertés publiques et droits fondamentaux .....	12
Histoire des idées politiques .....	13
Droit fiscal général.....	15
Droit du travail - Relations collectives ( <b>sans TD</b> ) .....	16
Droit du travail - Relations collectives ( <b>avec TD</b> ) .....	24
Droit du numérique .....	28
Droit de la fonction publique ( <b>avec TD</b> ).....	30

Droit des sociétés ( <b>sans TD</b> ) .....	33
Droit des sociétés ( <b>avec TD</b> ).....	34
Note de synthèse .....	37

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S  
Année Universitaire 2023-2024**

**PROCEDURE PENALE :****Durée** : 1h3<sup>e</sup> année de Licence**Semestre** : semestre 6**Nom de l'enseignant :**  
**François-Xavier ROUX-DEMARE****Session** : 1<sup>re</sup> session

- Sans document(s)  
 Document autorisé (précisez)

**UN UNIQUE MANUEL**

**L'étudiant est autorisé à consulter un manuel, avec autorisation de souligner, de surligner ou d'avoir écrit dessus.**

**PROCEDURE PENALE**

**A l'appui de vos différentes connaissances abordées en cours, commentez le reportage que vous avez vu et dont l'ensemble des éléments utiles de compréhension sont repris ci-dessous.**

**Votre commentaire doit être structuré et soigné.**

**Vous traiterez le sujet ci-dessous à travers un raisonnement limité à la page intérieure droite de la copie.**

La vidéo qui vous a été diffusée présente les débuts de l'affaire dite « DSK ». La vidéo explique le déroulement de l'arrestation de Dominique Strauss-Kahn à New-York, pour des faits d'agression sexuelle et de tentative de viol sur une femme de ménage. Le reportage évoque la perquisition et les constatations faites à l'Hôtel Sofitel, où ce serait déroulé les faits, l'arrestation à l'aéroport et le placement en garde à vue au commissariat de Harlem.

En tant que stagiaire du procureur de la République, vous devez lui transmettre un état de la procédure (selon les règles procédurales françaises) à l'appui des informations que vous avez capté dans le reportage.

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**  
**Année Universitaire 2023-2024**

**PROCEDURE PENALE :****Durée** : 3 h3<sup>e</sup> année de Licence**Semestre** : semestre 6**Nom de l'enseignant :**  
**François-Xavier ROUX-DEMARE****Session** : 1<sup>re</sup> session Sans document(s)  
 Document autorisé (précisez)**UN UNIQUE MANUEL****L'étudiant est autorisé à consulter un manuel, avec autorisation de souligner, de surligner ou d'avoir écrit dessus.****PROCEDURE PENALE**

A l'appui de vos différentes connaissances abordées en cours, commentez le reportage que vous avez vu et dont l'ensemble des éléments utiles de compréhension sont repris ci-dessous.

Votre commentaire doit être structuré et soigné, sans développement démesurément long et inutile.

Les intercalaires sont interdits et ne seront donc pas lus.

Il s'agit de commenter une vidéo (durée 2min14 – source : INA) qui présente les débuts de l'affaire dite « DSK ». La vidéo explique le déroulement de l'arrestation de Dominique Strauss-Kahn à New-York, pour des faits d'agression sexuelle et de tentative de viol sur une femme de ménage. Le reportage évoque la perquisition et les constatations faites à l'Hôtel Sofitel, où ce serait déroulé les faits, l'arrestation à l'aéroport et le placement en garde à vue au commissariat de Harlem.

Le commentaire de la vidéo doit être structuré (sans nécessité un plan en deux parties, deux sous-parties) et doit être construit au regard de la procédure pénale française (en faisant abstraction du lieu de déroulement de l'action de la vidéo).

## SUJET DE PROCEDURE CIVILE SANS TD

### LICENCE 3 DROIT

Les 3 cas pratiques sont à traiter.

L'usage du Code de procédure civile est autorisé.

#### CAS 1 :

Madame JEAN est propriétaire d'un appartement à BREST. Elle le loue depuis plusieurs années à Anne Sophie, une étudiante en licence de Biologie. Anne Sophie a quitté les lieux il y a 3 mois. Madame JEAN ne lui a pas restitué le montant de son dépôt de garantie de 1000 euros.

Comment doit elle s'y prendre pour le récupérer ?

Vous expliquerez la procédure :

- Conditions de recevabilité
- Juridiction compétente, matérielle et territoriale.

#### CAS 2

Madame JACQUES a acheté un immeuble à LORIENT ( 56) , il y a un an. En recherchant les limites de son terrain, elle constate que son voisin empiète très largement sur une bande de 2 mètres sur son terrain et il a fait édifier sa piscine.

Elle sait qu'en matière d'empiètement, le tribunal judiciaire ordonne la démolition, suivant ainsi la jurisprudence constante de la cour de cassation.

Son avocat a assigné devant le tribunal judiciaire de LORIENT.

Dans le cadre de l'instance, l'avocat du voisin conteste l'empiètement.

Elle demande à son avocat de faire expertiser le terrain et mesurer l'empiètement.

Comment l'avocat doit il s'y prendre ?

Vous expliquerez

- Quelle juridiction l'avocat doit saisir ?
- Comment il peut saisir cette juridiction
- Quelle décision rend cette juridiction

CAS 3 :

Madame JACQUES a finalement perdu devant le tribunal. L'adversaire lui a notifié la décision le 6 mars 2024. Son avocat a fait appel le 8 avril 2024.

L'avocat adverse entend contester la recevabilité de cet appel ?

Pensez vous que l'appel est irrecevable.

Si l'appel est irrecevable, le juge peut il soulever l'irrecevabilité et pourquoi ?

CAS PRATIQUE

PROCEDURE CIVILE

AVEC TD

L'usage du Code de procédure civile

Des deux ordonnances juillet et décembre 2023

Du code civil

SONT AUTORISES

SUJET

Aymeric LEGRIS âgé de 15 ans pour être né, le 18 mars 2004, était passager avant du véhicule de sa mère, lorsque le houppier d'un chêne se situant sur le terrain du voisin, Monsieur LAURENT, a chuté violemment sur la voiture, le 10 novembre 2019.

Les faits se sont déroulés à VANNES (56).

Aymeric était en vacances de la Toussaint, dans la résidence secondaire de ses parents qui habitent BREST.

Les services de secours sont intervenus, car Aymeric avait été sérieusement blessé. Il a été conduit à l'hôpital et il a été opéré d'une fracture de sa jambe droite.

Dans les 6 mois qui ont suivi, Monsieur Jean LEGRIS, père d'Aymeric a pris rendez-vous chez Maître DUTRONC. Ce dernier a décidé d'initier une procédure. Il prévoit de solliciter une expertise des blessures de jeune garçon.

1°) Vous déterminez l'action à mettre en œuvre et la juridiction compétente, tant matériellement que territorialement.

Maître DUTRONC avait assigné pour l'audience du 5 janvier 2021 à 9 heures. Il a rédigé l'assignation au nom d'Aymeric LEGRIS et a fait signifier l'acte le 2 décembre 2020 à Monsieur LAURENT qui l'a reçu en personne. Sa secrétaire en vacances pendant la période de NOËL, a renvoyé l'acte dès son retour de congés le 3 janvier 2021.



A l'audience, Monsieur LAURENT est représenté par un avocat, Maitre BOULET.

2°) Maitre BOULET soulève immédiatement plusieurs moyens à Maitre DUTRONC.

IL a pris des conclusions visant successivement une caducité et une nullité de fond. Toutefois, son acte manque de précision.

Vous êtes le collaborateur de Maitre BOULET, vous l'aidez dans la mise en place des arguments de procédure.

Quels moyens de caducité et nullité de fond vous développez et sur quel fondement.

3° Maitre DUTRONC peut-il régulariser

- La caducité ?
- A défaut que doit-il faire ?
- La nullité de fond ?
- A défaut que doit-il faire ?

Finalement il se dit qu'un dossier qui démarre mal, n'est pas bon signe. IL faut donc radier le dossier au tribunal et ce avant même que le juge ne se prononce.

Il choisit de repartir à 0, et refait sa procédure.

Il change complètement de stratégie. IL se dit qu'il faut assigner au fond. Il a chiffré les demandes et estime qu'il doit demander

- 1000 euros au titre du préjudice esthétique
- 5000 euros pour les souffrances endurées
- 3000 euros pour le préjudice d'agrément

La mère d'AYMERIC souhaite également voir l'adversaire condamné à lui payer des dommages et intérêts pour son préjudice moral, à l'occasion de la même procédure. Elle réclame 5000 euros.

4° Toujours collaborateur de Maitre DUTRONC vous l'aidez dans la mise en place de la procédure au fond.

Vous savez territorialement où vous devez aller, mais la question qui se pose est celle de la compétence matérielle et si vous pouvez présenter toutes les demandes de Madame LE GRIS et Aymeric dans la même procédure.

Finalement Maitre DUTRONC s'est lancé.

Il a saisi le Tribunal Judiciaire car pour lui, la représentation par avocat est obligatoire dans ce cas.

Il retrouve Maître BOULET dans sa nouvelle procédure initiée en juin 2023. Maître BOULET considère que l'assignation est nulle, car elle est faite au nom d'Aymeric et de sa mère, il estime qu'elle aurait dû être faite par Monsieur et Madame LEGRIS, car au moment des faits, le jeune était mineur.

5°) Vous décrivez la compétence juridictionnelle appropriée pour traiter d'une nullité soulevée dans ce cas, et par quel acte de procédure, Maître BOULET doit s'y prendre, et ce qu'il est raison ou tort.

Le juge a rendu sa décision le 15 octobre 2023.

Il prononce de façon assez surprenante, la nullité de l'acte et la fin de l'instance.

À la réception de la décision, Maître DUTRONC fait appel.

Il se demande si son appel sera jugé en procédure classique ou à bref délai.

6) Vous lui expliquez la procédure.

Il a fait sa déclaration le 18 octobre 2023. IL a reçu l'avis du greffe le 12 novembre 2023, fixant la date de l'audience d'Appel, le 19 avril 2024.

Maître DUTRONC a conclu le 9 décembre.

Maître BOULET a conclu pour sa part le 27 février 2024.

Juste avant l'audience, du 19 avril 2024, Maître DUTRONC a pris des conclusions devant la Cour.

Il soulève un incident concernant la procédure. Lequel ?

Maître DUTRONC avait également mis en œuvre une procédure séparée pour Monsieur LEGRIS pour la réparation de son véhicule.

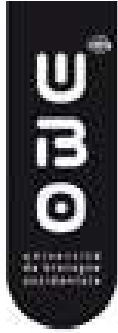
IL réclamait 12 000 euros à son voisin. Il a perdu, car il avait mal fondé son action. Finalement il est condamné à payer les frais d'avocat de Monsieur LAURENT pour 3000 euros.

Il veut faire appel et surtout ne pas payer les frais d'avocat pour 3000 euros.

7° Le jugement est-il exécutoire ? Faut-il payer ?

Si oui, dispose-t-il d'une procédure pour bloquer ce paiement. À votre avis a-t-il des chances d'y échapper ?

FIN DU SUJET.



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

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

Année Universitaire 2023-2024

Philosophie du droit

Durée : 1h

Licence Droit

Semestre : semestre 6

Mickaël LAVAINÉ

Session : 1<sup>e</sup> session

Sans document(s)

## **Philosophie du droit**

Quel est le pouvoir du langage en  
droit ?

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**  
**Année Universitaire 2023-2024**

**LIBERTES PUBLIQUES :****Durée** : 1h**Semestre** : semestre 6**Session** : 1<sup>ère</sup> session3<sup>ème</sup> année LICENCE Droit\_DMA / Brest et  
Quimper**Nom de l'enseignant : Véronique Labrot**

■ Sans document

**LIBERTES PUBLIQUES ET DROITS FONDAMENTAUX**

**Traitez, dans l'ordre qui vous convient les deux sujets suivants :**

**1- Au regard de ce qui a été vu en cours, quelles réflexions juridiques vous inspire la restitution de l'évènement (réel) suivant ?** *(13 points)*

**24 avril 2022, Paris (75) – Fadjigui, 25 ans et Boubacar, 31 ans (noms inconnus)**

Près de la préfecture de police, cinq policiers contrôlent un véhicule. À la vue des agents, le conducteur, garé à contresens sur le quai des Orfèvres, démarre. Une brigadière, agrippée à la portière, court à côté sur quelques mètres. Muni d'un fusil d'assaut, son collègue ouvre le feu à dix reprises. Fadjigui, le conducteur est tué sur le coup d'un tir à la tête. Son frère, Boubacar, passager à l'avant, est mortellement atteint au thorax. Le policier invoque la légitime défense. Selon l'expertise balistique, les balles mortelles ont été tirées dans le dos des victimes. »

**2- A quelle notion reliez-vous l'arrêt de la CrEDH 2015 M'Bala Bala [dit Dieudonné] ? Explicitez cette notion en 5/6 lignes maximum**

*(7 points)*





**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**  
**Année Universitaire 2023-2024**

**DROIT FISCAL GENERAL****Durée** : 1h3<sup>ème</sup> année LICENCE Droit**Semestre** : 6**Nom de l'enseignant : Alice Fournier et  
Martial Nicolas.****Session** : 1 Sans document(s)  
 Document autorisé (précisez)**DROIT FISCAL GENERAL**

Aucun document n'est autorisé.

**Répondez aux questions suivantes :**

- 1. Qu'est-ce que l'assiette de l'impôt ? Illustrez votre réponse au moyen d'exemples.**
- 2. Qu'est-ce qu'une double imposition ? Comment peut-on limiter ce phénomène ?**
- 3. Existe-t-il un impôt juste ?**
- 4. Particulier, radiologue, boulanger, avocat : qui acquitte *in fine* la TVA ?**



Université de Bretagne Occidentale

## UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S  
Année Universitaire 2023-2024

### DROIT DU TRAVAIL

**Durée** : 1 heure

**Semestre** : semestre 6

**Session** : 1ère session

**LICENCE 3 Droit**

**Nom de l'enseignant :**  
Cécile Hablot (Brest)  
Manon Buzelay (Quimper)

**Document autorisé** :  
Aucun document

### DROIT DU TRAVAIL RELATIONSCOLLECTIVES

**Exercice** :

Questionnaire à choix multiples

**Consignes** :

Cochez **la ou les** bonnes réponses dans la grille qui vous a été transmise en suivant les indications de forme qui sont mentionnées sur ce document.

**Le sujet comporte 8 pages**



- 1. Quel(s) organe(s) a remplacé le comité social économique (CSE) :**
  - a. les DP et le CE et le CHSCT
  - b. la CSSCT et les DP
  - c. le CE et les DP
  - d. la DDETS
  
- 2. Un accord catégoriel s'applique :**
  - a. à une seule catégorie de salariés d'une entreprise
  - b. toujours à la catégorie des cadres d'une entreprise
  - c. à une catégorie d'entreprise d'une branche
  - d. à une catégorie de branche au niveau national
  
- 3. Un syndicat peut-il avoir uniquement un objectif politique ?**
  - a. Oui
  - b. Non
  
- 4. Un syndicat qui est représentatif peut :**
  - a. désigner des membres du CSE
  - b. désigner un délégué syndical
  - c. désigner un représentant de section syndicale
  - d. désigner un représentant syndical au CSE
  
- 5. Un syndicat de salariés est représentatif dès lors qu'il respecte :**
  - a. 5 critères
  - b. 6 critères
  - c. 7 critères
  - d. 8 critères
  
- 6. Les élections du CSE ont lieu :**
  - a. tous les 2 ans
  - b. tous les 3 ans
  - c. tous les 4 ans
  - d. tous les 5 ans
  
- 7. La Commission Santé Sécurité Conditions de Travail (CSSCT) est obligatoirement mise en place dans les entreprises d'au moins :**
  - a. 11 salariés
  - b. 50 salariés
  - c. 200 salariés
  - d. 300 salariés
  - e. 500 salariés

**8. L'employeur :**

- a. participe à toutes les réunions du CSE
- b. participe uniquement aux réunions portant sur les points relatifs à la santé et la sécurité dans l'entreprise
- c. préside le CSE
- d. est membre invité aux réunions du CSE sans droit de vote

**9. Le fait pour l'employeur de ne pas organiser les élections du CSE :**

- a. ne constitue pas une faute
- b. impose la mise en place des élections par l'inspecteur du travail
- c. caractérise une discrimination
- d. caractérise un délit d'entrave

**10. Dans toutes les entreprises de moins de 50 salariés qui ont mis en place un CSE, celui-ci dispose d'un budget de fonctionnement**

- a. Vrai
- b. Faux

**11. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, les membres de la délégation du personnel du CSE sont reçus collectivement par l'employeur :**

- a. tous les 15 jours
- b. 1 fois par mois
- c. 1 fois tous les 2 mois
- d. 1 fois tous les 3 mois

**12. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, les membres du CSE bénéficient du ou des droits d'alerte suivants :**

- a. l'alerte en cas de danger grave et imminent
- b. l'alerte économique
- c. l'alerte en cas d'atteinte aux droits des personnes
- d. l'alerte en matière de contrats précaires

**13. Pour constituer une section syndicale dans une entreprise, il faut :**

- a. au moins 2 adhérents du syndicat
- b. au moins 11 salariés dans l'entreprise
- c. au moins 50 salariés dans l'entreprise

**14. Les membres du CSE bénéficient d'une protection pendant :**

- a. leur mandat
- b. leur mandat et 6 mois après la fin du mandat
- c. leur mandat et 12 mois après la fin du mandat

**15. Pour pouvoir licencier un membre de la délégation du personnel, l'employeur doit :**

- a. obtenir un avis favorable du CSE et une autorisation de l'inspecteur du travail
- b. obtenir un avis favorable des délégués syndicaux s'il y en a et une autorisation de l'inspecteur du travail
- c. demander un avis au CSE et obtenir une autorisation de l'inspecteur du travail
- d. demander un avis au CSE et obtenir un avis de l'inspecteur du travail

**16. Il est possible de déroger (donc dans un sens moins favorable) aux salaires minimum prévu par la loi par convention collective de branche et à défaut par accord d'entreprise**

- a. Vrai
- b. Faux

**17. Pour être valable, un accord d'entreprise doit être signé par :**

- a. une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli plus de 50 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des dernières élections des titulaires au CSE.
- b. une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli plus de 50 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des dernières élections des suppléants au CSE.
- c. une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli plus de 50 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au deuxième tour des dernières élections des titulaires au CSE.

**18. Sont reconnues représentatives les organisations professionnelles d'employeurs dont les entreprises et les organisations adhérentes à jour de leur cotisation représentent :**

- a. soit au moins 10 % de l'ensemble des entreprises adhérant à des organisations professionnelles d'employeurs (soit au niveau de la branche, soit au niveau national et interprofessionnel), soit au moins 8 % des salariés de ces mêmes entreprises.
- b. soit au moins 10 % de l'ensemble des entreprises adhérant à des organisations professionnelles d'employeurs (soit au niveau de la branche, soit au niveau national et interprofessionnel), soit au moins 10 % des salariés de ces mêmes entreprises.
- c. soit au moins 8 % de l'ensemble des entreprises adhérant à des organisations professionnelles d'employeurs (soit au niveau de la branche, soit au niveau national et interprofessionnel), soit au moins 8 % des salariés de ces mêmes entreprises.

**19. Dans les entreprises de moins de 11 salariés, un accord d'entreprise est conclu lorsqu'il est signé :**

- a. par l'employeur et un membre élu au CSE
- b. par l'employeur et un salarié mandaté par une organisation représentative au niveau national
- c. par l'employeur sur un texte qu'il a rédigé et suivi d'un vote de la majorité des deux tiers des salariés de l'entreprise sur un texte présenté par l'employeur
- d. par l'employeur sur un texte rédigé par les membres du CSE et suivi d'un vote de la majorité des deux tiers des salariés de l'entreprise

**20. L'extension d'un accord collectif de branche a pour but :**

- a. de rendre obligatoires les dispositions d'une convention ou d'un accord de branche pour tous les salariés et employeurs compris dans la branche
- b. de rendre obligatoires les dispositions d'une convention ou d'un accord de branche pour tous les salariés et employeurs adhérents au(x) syndicat(s) signataire(s)
- c. de rendre obligatoires les dispositions d'une convention ou d'un accord de branche pour tous les salariés et employeurs compris dans un secteur géographique différent.

**21. Le budget de fonctionnement du CSE est basé sur :**

- a. le rapport de cette contribution à la masse salariale brute qui ne peut être inférieur au même rapport existant pour l'année précédente
- b. une somme fixe
- c. un pourcentage de la masse salariale brute

**22. Le représentant de la section syndicale peut :**

- a. être désigné par des syndicats représentatifs
- b. formuler des revendications ou réclamations des salariés de l'entreprise
- c. animer la section syndicale
- d. négocier des conventions et accords collectifs de travail

**23. Le comité social et économique est consulté :**

- a. sur toutes les questions intéressant la marche générale de l'entreprise
- b. sur toutes les décisions de l'employeur
- c. sur les décisions ayant des conséquences sur l'emploi
- d. avant l'ouverture des négociations collectives

**24. L'employeur doit toujours avoir un avis conforme du CSE dès lors qu'il le consulte :**

- a. Vrai
- b. Faux

**25. Une entreprise peut-elle prévoir une majoration des heures supplémentaires de 10% par accord d'entreprise alors que la convention collective de branche prévoit une majoration de 25% :**

- a. Oui
- b. Non

**26. Dans les entreprises de plus de 50 salariés, l'employeur doit consulter chaque année le CSE sur :**

- a. les orientations stratégiques de l'entreprise, la situation économique et financière de l'entreprise et la politique sociale de l'entreprise, les conditions de travail et l'emploi.
- b. les orientations stratégiques de l'entreprise, la situation économique et financière de l'entreprise et l'environnement

- c. les orientations stratégiques de l'entreprise, la situation économique et financière de l'entreprise et les autorisations de licenciement des salariés protégés

**27. L'audience électorale recueillie au niveau de l'entreprise est appréciée au regard :**

- a. des salariés inscrits sur les listes électorales
- b. des suffrages exprimés au premier tour des élections professionnelles
- c. des suffrages exprimés au premier tour ou au second tour des élections professionnelles
- d. quel que soit le nombre de votants aux élections professionnelles
- e. des suffrages exprimés aux dernières élections des conseillers prud'homaux

**28. Les salariés en arrêt maladie peuvent-ils bénéficier des œuvres sociales du CSE :**

- a. Oui
- b. Non

**29. Dans les entreprises de plus de 50 salariés, le CSE est consulté sur les questions de santé, de sécurité et de conditions de travail au moins :**

- a. Une fois par an
- b. Trois fois par an
- c. Quatre fois par an
- d. Six fois par an

**30. Le conseil d'entreprise est :**

- a. un organe exerçant les missions CSE et de la CSSCT
- b. un organe exerçant les missions des délégués syndicaux et des représentants de la section syndicale
- c. le prédécesseur du CSE
- d. un organe exerçant les missions du CSE et des délégués syndicaux

**31. Dès lors qu'une convention d'entreprise s'applique, ces dispositions s'incorporent au contrat de travail des salariés de l'entreprise si elles sont plus favorables :**

- a. Vrai
- b. Faux

**32. Le salarié peut-il renoncer à l'application d'une convention de branche légalement applicable dans son entreprise ?**

- a. Oui
- b. Non

**33. Lorsqu'il existe un CSE central et des CSE d'établissement qui est consulté lorsqu'un projet concerne 2 établissements :**

- a. les 2 CSE d'établissements concernés
- b. le CSE central
- c. le CSE central et les 2 CSE d'établissements concernés

- d. tous les CSE d'établissements même non concernés et le CSE central

**34. Cochez la ou les propositions vraies :**

- a. le CSE a la personnalité juridique dans les entreprises d'au moins 11 salariés
- b. le défaut de consultation du CSE sur un projet de déménagement d'entreprise constitue un délit d'entrave
- c. dans les entreprises d'au moins de 11 salariés le reliquat annuel de la subvention de fonctionnement peut être versé au budget alloué aux activités sociales et culturelles

**35. Concernant les 13 matières pour lesquelles le code du travail prévoit la règle suivante : une convention de branche prime sur un accord d'entreprise à propos d'une disposition ayant le même objet et la même cause. Le code prévoit toutefois des règles particulières. Cochez la ou les propositions vraies.**

- a. La convention d'entreprise s'applique si elle est plus favorable
- b. La convention d'entreprise s'applique lorsqu'elle assure des garanties au moins équivalentes
- c. La convention d'entreprise s'applique si elle est moins favorable
- d. La convention d'entreprise s'applique si elle est postérieure
- e. La convention de branche peut interdire toute application d'une convention d'entreprise prévoyant des règles différentes de la convention de branche

**36. Les avantages d'une convention de branche et ceux d'une convention d'entreprise applicable dans une entreprise se cumulent s'ils n'ont pas la même cause et le même objet :**

- a. Oui
- b. Non

**37. Un accord national interprofessionnel doit être négocié suite à :**

- a. une demande d'un employeur de négocier sur un sujet
- b. une demande d'une branche de négocier sur un sujet
- c. une demande du gouvernement de négocier sur un sujet

**38. La loi prévoit un salaire minimum de croissance (SMIC), une convention locale de branche peut-elle prévoir un montant plus élevé de salaire minimum ?**

- a. Oui même sans l'accord des salariés
- b. Non la loi s'applique sauf si la convention de branche est nationale

**39. Les accords d'entreprise dérogatoires, autrement dit les accords prévoyant des règles moins favorables que la loi, peuvent toujours être conclus sous certaines conditions :**

- a. Vrai
- b. Faux

**40. Le CSE d'une entreprise d'au moins 11 salariés peut agir en justice au nom de l'intérêt de la profession lorsque l'employeur n'applique pas la convention d'entreprise à ses salariés :**

- a. Vrai
- b. Faux

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**  
**Année Universitaire 2023-2024**

**DROIT DU TRAVAIL**

**Durée** : 3 heures

**Semestre** : semestre 6

**Session** : 1ère session

**LICENCE 3 Droit**

**Nom de l'enseignant :**  
Cécile Hablot (Brest)  
Manon Buzelay (Quimper)

**Document autorisé :**  
Code du travail  
ou extraits non annotés

**DROIT DU TRAVAIL – RELATIONS COLLECTIVES**

**Traitez, au choix, l'un des sujets I ou II.**  
**Le sujet comporte 4 pages**

**I. Cas pratique**

Plusieurs sociétés viennent prendre conseil auprès du cabinet d'avocat HELPI dont vous êtes collaborateur.rice.

Le DRH de l'**entreprise MHVL**, 98 salariés, divisée en deux établissements, a quelques soucis avec la mise en place de la représentation du personnel et souhaiterait votre expertise sur les questions suivantes.

Le DRH s'interroge sur la licéité de la création d'une section syndicale par le syndicat THUNES, adhérent à la CGT mais créé il y a moins de deux mois. Selon lui, ce syndicat ne représente personne dans l'entreprise car, à part Monsieur ARNO qui s'est autoproclamé représentant de la section, il n'existe à sa connaissance aucun adhérent à l'organisation.

Dans une situation comparable, le syndicat TOUSPOURUN qui bénéficie d'un représentant de section syndicale, a décidé de désigner, Monsieur D'ARTAGNAN, un salarié intérimaire comme délégué



syndical dans l'entreprise. Cette nomination étrange inquiète l'employeur de MHVL car Monsieur D'ARTAGNAN ne s'est pas présenté aux dernières élections du personnel. Cependant, les salariés figurant sur les listes le trouvent tellement charismatique qu'ils ont tous renoncé à être nommés délégués syndicaux pour lui laisser la place.

**Le DRH de la société MHVL vous consulte pour chacune des situations.**

Monsieur LORE, Président de **la société BOL**, une entreprise de 52 salariés disposant d'un comité social économique (CSE), a des difficultés avec des scandales de conflits d'intérêts médiatisés, ainsi il demande à sa DRH, Madame MAIRE de s'assurer qu'il n'y ait pas de souci avec l'application du droit du travail dans sa société. Madame MAIRE, est bien embêtée car elle se rend compte qu'elle n'a peut-être pas été assez regardante sur la gestion de certaines situations récentes.

Madame MAIRE s'interroge d'une part sur l'incidence que peut avoir la demande de Madame KOSAR sur sa procédure de licenciement actuellement en cours. Cette dernière lui a réclamé l'organisation des élections des membres du CSE il y a maintenant deux mois. Au pire, Madame MAIRE se dit qu'elle pourra toujours recourir à la rupture conventionnelle pour rompre ce contrat de travail.

**Conseillez Madame MAIRE pour éviter tout problème juridique et/ou pour anticiper tout risque contentieux possible.**

A noter : le motif personnel non disciplinaire de licenciement est valable (insuffisance professionnelle). Vous n'avez pas à discuter ce point dans la résolution du cas pratique.

L'entreprise de menuiserie, **BOISLOCAL**, est située dans les Vosges à Saint-Dié et compte 33 salarié.es à temps plein et un salarié à temps partiel. Toutes et tous sont en contrat à durée indéterminée. L'entreprise BOISLOCAL a été constituée il y a 5 ans par Monsieur ROBERT qui après une carrière d'ingénieur dans l'industrie a rencontré la nécessité de redonner du sens à son travail et a effectué une reconversion professionnelle. Après une formation, il est devenu menuisier et a créé sa société avec sept salarié.es

La qualité des produits et les valeurs de l'entreprise (limiter au maximum l'empreinte carbone des produits fabriqués, utiliser du bois et autres matières premières dont la traçabilité est certaine, fabriquer les meubles, fenêtres et autres produits exclusivement dans l'atelier de Saint-Dié) ont fait sa renommée au fil des années. Les ventes ont progressivement augmenté. Monsieur ROBERT a pu agrandir son atelier et embaucher plus de salarié.es pour la confection de produits mais aussi pour le secrétariat et la commercialisation. L'entreprise compte donc désormais 34 salariés. La convention collective de branche applicable à l'entreprise prévoit la mise en place de délégués syndicaux à partir de 30 salariés.

Des élections professionnelles ont eu lieu dans le respect des règles du droit du travail. Un CSE est mis en place et deux délégués syndicaux (FO et un syndicat indépendant) sont présents dans l'entreprise.

Monsieur ROBERT est pour la première fois confronté à la négociation d'un accord d'entreprise sur les horaires de travail. Il vous demande de lui expliquer plusieurs points en vue de ses négociations.

- Premièrement, Monsieur ROBERT a bien compris que les syndicats signataires doivent être représentatifs et qu'ils doivent être majoritaires pour pouvoir conclure un accord d'entreprise. Il ne comprend toutefois pas ce que cela signifie exactement et les calculs à effectuer.
- Deuxièmement, malgré une bonne ambiance générale dans l'entreprise, Monsieur ROBERT n'a pas de très bonnes relations avec les deux délégués syndicaux de son entreprise depuis qu'il a licencié un salarié pour faute grave contestée devant les prud'hommes (procès en cours). Les délégués syndicaux soutiennent le salarié concerné et ont manifesté clairement par voie de presse leur opposition à ce licenciement qu'ils estiment abusif. Ainsi, Monsieur ROBERT vous

demande s'il ne peut pas plutôt négocier l'accord d'entreprise avec des membres non syndiqués de la délégation du personnel au CSE ou directement avec des salariés non syndiqués de l'entreprise s'ils reçoivent un mandat de la CFDT, par exemple, représentative au niveau national interprofessionnel.

**Conseillez Monsieur ROBERT qui souhaite des solutions pour ne pas avoir d'autres contentieux et rétablir une bonne ambiance de travail ou au moins ne pas empirer la situation actuelle.**

La société **BYSMO** exerce une activité de fabrication de meubles composés de différents matériaux. Elle emploie 89 salariés et dispose d'un CSE ainsi que de deux délégués syndicaux.

Depuis la crise sanitaire du COVID le coût des matériaux a considérablement augmenté. Pour autant les prix des meubles étant relativement raisonnables l'entreprise a une forte activité et les salariés effectuent régulièrement des heures supplémentaires.

Dans l'entreprise s'applique la convention collective de l'entreprise et la convention nationale de branche de la fabrication d'ameublement. Cette dernière prévoit une majoration de 30% des heures supplémentaires effectuées entre 35h et 43h et 65% à partir de la 44ème heure.

Afin de ne pas trop impacter le prix de vente des meubles et donc de perdre des clients, **Mme SURE**, la DRH de la société se demande s'il ne serait pas préférable de ne plus appliquer la majoration des heures supplémentaires prévues par la convention de branche et de conclure un accord d'entreprise en baissant les taux de majorations.

**Madame SURE vous demande votre avis.**

## **II. Commentaire d'arrêt**

**Cass. soc. 13 juin 2012, n° 10-27.395, Bull., V, n°184**

(...)

Sur le deuxième moyen du pourvoi principal :

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Paris, 28 octobre 2010), que M. X... a été engagé le 4 avril 2002 en qualité de consultant junior par la société SVP ; qu'il a, par courrier du 11 janvier 2008, pris acte de la rupture de son contrat de travail en reprochant à son employeur des manquements à ses obligations ; qu'il a saisi la juridiction prud'homale de diverses demandes ;

Attendu que l'employeur fait grief à l'arrêt de le condamner à payer une somme au titre de la gratification du treizième mois, alors, selon le moyen :

1°/ qu'en estimant que la gratification du 13e mois telle que prévue par l'accord du 19 octobre 1988 et le 13e mois prévu par le contrat de travail avaient des fondements distincts quand elle avait constaté que les deux rémunérations portaient sur un treizième mois, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et partant a violé l'article 1134 du code civil ;

2°/ qu'en faisant droit à la demande en paiement du treizième mois conventionnel au seul motif que les modalités de versement de ce treizième mois différaient selon que l'on référerait au contrat de travail ou à

l'accord collectif quand les avantages de source différente ayant le même objet ne peuvent se cumuler et que le salarié ne contestait pas avoir reçu le paiement du treizième mois en application de son contrat de travail, la cour d'appel a violé l'article 1134 du code civil, ensemble l'article 144 de l'accord collectif du 19 octobre 1988 et l'article 5 du contrat de travail ;

3°/ que le juge ne peut dénaturer les documents de la cause, si bien qu'en retenant, pour condamner la société à payer à M. X... une certaine somme au titre de la gratification de 13e mois, que la validité de l'accord du 19 octobre 1988 était reconnue, quand il ressortait des conclusions du salarié que celui-ci soutenait que cet accord était nul, la cour d'appel a violé le principe susvisé et l'article 4 du code de procédure civile ;

4°/ qu'en ne recherchant pas, ainsi que l'y invitaient les conclusions de la société SVP, si le salarié ne soutenait pas que l'accord du 19 octobre 1988 était nul et de nul effet, la cour d'appel a privé sa décision de toute base légale au regard de l'article 1134 du code civil ;

Mais attendu que si en cas de concours de stipulations contractuelles et de dispositions conventionnelles, les avantages qu'elles instituent ne peuvent se cumuler, c'est à la condition qu'ils aient le même objet et la même cause ;

Et attendu que la cour d'appel, qui a retenu que le treizième mois prévu par le contrat de travail constituait une modalité de règlement d'un salaire annuel payable en treize fois, alors que la gratification instituée par l'accord d'entreprise du 19 octobre 1988 constituait un élément de salaire répondant à des conditions propres d'ouverture et de règlement, a pu en déduire que ces avantages n'avaient pas le même objet ;

D'où il suit que le moyen, inopérant en ses troisième et quatrième branches, n'est pas fondé pour le surplus ;

Et attendu qu'il n'y a pas lieu de statuer sur les premier et troisième à huitième moyens du pourvoi principal de l'employeur, et sur les trois moyens du pourvoi incident du salarié, qui ne sont pas de nature à permettre l'admission des pourvois ;

**PAR CES MOTIFS :**

**REJETTE** les pourvois tant principal qu'incident ;

Laisse à chacune des parties la charge de ses 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 treize juin deux mille douze.

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**  
**Année Universitaire 2023-2024**

**LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT : Droit du numérique**

L3 Droit

**Durée** : 1h

**Nom de l'enseignant : Valère NDIOR**

**Semestre** : semestre 6

Sans document(s)

**Session** : 2<sup>ème</sup> session

## **Droit du numérique**

### **I. Questions à choix multiples (10 points).**

*Entourez la bonne réponse directement sur la présente feuille. Cette feuille devra être glissée dans votre copie d'examen.*

**1. *Qu'est-ce que l'ARCOM***

- A. L'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique
- B. L'Agence de régulation de la communication audiovisuelle et numérique
- C. L'Autorité de régulation des contenus audiovisuels et numériques

**2. *Quel est le principal objectif du Digital Markets Act (Législation sur les services numériques) adopté en 2022 par l'Union européenne ?***

- A. Imposer des obligations aux plateformes en matière de modération des contenus
- B. Imposer des obligations aux plateformes en matière de commerce électronique
- C. Imposer des obligations aux plateformes en matière de concurrence

**3. *De quelle année date la loi française dite « Informatique et libertés » ?***

- A. 1978
- B. 1982
- C. 1995

**4. Laquelle de ces lois françaises n'existe pas ?**

- A. La Loi contre la manipulation de l'information
- B. La loi pour une démocratie numérique
- C. La loi pour une sécurité globale préservant les libertés

**5. Les révélations de quel/quelle lanceur/lanceuse d'alerte ont contribué, à partir de 2013, au renforcement des législations européennes, notamment en matière de protection de la vie privée ?**

- A. Frances Haugen
- B. Julian Assange
- C. Edward Snowden

**6. De quelles autorités l'ARCOM est-elle la fusion ?**

- A. La CNIL et le CSA
- B. Le CSA et HADOPI
- C. HADOPI et l'ARCEP

**7. Quel est l'instrument de référence en matière de protection des données personnelles à l'échelle de l'Union européenne ?**

- A. Le règlement général sur la protection des données
- B. Le règlement e-privacy
- C. La Charte des droits fondamentaux

**8. Dans la sphère des activités numériques, qu'est-ce qu'une « licorne » ?**

- A. Un processus algorithmique suscitant l'addiction
- B. Une entreprise dont la valorisation dépasse le milliard de dollars
- C. Une faille de sécurité affectant une plateforme de réseau social

**9. Quel le principal apport de la décision rendue par la Cour de cassation le 5 janvier 2017 ?**

- A. L'utilisateur de Facebook est qualifiable de consommateur.
- B. Les contacts Facebook ne sont pas des « amis » au sens ordinaire du terme.
- C. Tout utilisateur de Facebook est réputé consentir au traitement de ses données personnelles.

**10. Quel est l'intitulé de la loi du 7 octobre 2016 ?**

- A. Loi pour un marché numérique
- B. Loi pour une République numérique
- C. Loi instaurant une autorité de régulation des plateformes en ligne

**II. Questions de cours (10 points)**

**Vos réponses doivent être entièrement rédigées sur la copie d'examen. Cinq à dix lignes par réponse.**

- (1) Selon plusieurs rapports publiés par le Défenseur des droits, quels sont les risques associés à la dématérialisation des services publics du point de vue des individus ? (5 points)
- (2) Quel est l'objet du Digital Services Act (Règlement sur les services numériques) du 19 octobre 2022 ? (5 points)

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**  
**Année Universitaire 2023-2024**

**Droit de la fonction publique****Durée** : 3h3<sup>e</sup> année LICENCE Droit**Semestre** : semestre 6**Nom de l'enseignant** : Alhama**Session** : 1<sup>ère</sup> session

CGFP non annoté autorisé

**Cas pratique****CONSIGNES**

***Vous répondrez impérativement aux questions dans l'ordre, en respectant la numérotation indiquée ci-dessous (Question 1, Question 2, etc.), sans retenir votre propre numérotation et sans élaborer votre propre plan ni reformuler la question. Vous ne répondrez pas à plusieurs questions à la fois – chaque question doit être clairement distinguée dans votre copie.***

*Afin d'obtenir la totalité des points, vous prendrez soin de citer les textes et arrêts qui fondent vos réponses, lesquelles doivent être détaillées.*

*Si la parfaite résolution du cas pratique suppose de détenir des informations non renseignées dans celui-ci, vous vous efforcerez d'envisager toutes les hypothèses plausibles, en déterminant le régime juridique applicable à chacune d'entre elles.*

*Vous n'avez pas à exposer les évolutions du droit positif sur tel ou tel point – seul l'état actuel du droit importe.*

*Vous vous placerez à la date du jour pour résoudre le cas pratique.*

*Des points sont susceptibles d'être enlevés en raison du nombre ou de la gravité des fautes d'orthographe.*

Un refus de concourir au concours externe pour le recrutement de techniciens principaux de police technique et scientifique de la police nationale a été opposé M. Schmidt. Cette décision de refus peut-elle licitement être fondée (examinez chaque cas isolément) :

- 1) Sur le fait que M. Schmidt avait été condamné par le juge pénal, douze ans auparavant, pour avoir commis une agression sexuelle sur une mineure ? (2 points)**
- 2) Sur le fait que M. Schmidt était trop âgé (49 ans) pour concourir ? (1 point)**
- 3) Sur le fait que M. Schmidt est de nationalité allemande ? (1 point)**
- 4) Sur le fait qu'un des membres du jury est un ami de M. Schmidt ? (2 points)**

M. Thomas était candidat au même concours et a été admis.

- 5) Le ministère de l'Intérieur peut-il refuser de le nommer technicien stagiaire au motif de son insuffisante compétence pour exercer les fonctions considérées ? (1 point)**
- 6) M. Thomas a-t-il droit à être titularisé à l'issue de son stage ? (1 point)**

M. Dupont, agent du service de l'imprimerie du département de la Moselle, a été agressé sur son lieu de travail et durant son service par l'un de ses collègues, qui l'a poussé à terre, ce qui a occasionné des blessures. Peu avant cette altercation, M. Dupont avait dénigré auprès d'autres agents le travail du collègue en cause et, alors que ce dernier lui demandait des explications sur ce dénigrement qui lui avait été rapporté, M. Dupont lui a tourné le dos et l'a invité à « aller se faire foutre ».

- 7) M. Dupont peut-il bénéficier d'un CITIS en raison de ses blessures ? (4 points)**
- 8) L'employeur de M. Dupont peut-il décider unilatéralement de réaffecter ce dernier dans un autre que service que celui où travaille le collègue avec qui l'altercation a eu lieu, et si oui à quelle(s) condition(s) et sous quelle(s) réserve(s) ? (1 point)**
- 9) M. Dupont pourrait-il refuser de se rendre sur son nouveau poste ? (1 point)**
- 10) M. Dupont pourrait-il demander l'annulation de cette décision de réaffectation au juge administratif ? (2 points)**

Mme Esclatine est fonctionnaire territoriale. Elle a fait l'objet, en février 2024, d'une révocation par son employeur communal pour avoir manqué à son devoir de réserve. Elle a en effet publié sur le réseau social Facebook des propos outranciers dirigés personnellement contre le maire (qualifié entre autres d'égocentrique, de narcissique, ou d'inapte à gérer les affaires de la commune) lors des élections municipales de 2020.

- 11) De quelles considérations le juge administratif tiendra-t-il compte en l'espèce pour déterminer si Mme Esclatine a méconnu son devoir de réserve ? (2 points)**
  
- 12) La décision de révocation vous semble-t-elle licite ? (2 points)**



**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S  
Année Universitaire 2023-2024**

**DROIT DES SOCIETES****Durée** : 1h3<sup>ème</sup> année LICENCE Droit**Semestre** : 6**Nom de l'enseignant** : Alice Fournier**Session** : 1 Sans document(s) Document autorisé (précisez)**DROIT DES SOCIETES**

Aucun document n'est autorisé.

**Vous traiterez les 4 questions suivantes :**

- 1. Distinguez la contribution aux pertes de l'obligation aux dettes.**
- 2. Qu'advient-il lorsqu'une société devient unipersonnelle ?**
- 3. L'associé peut-il être privé de son droit de vote ?**
- 4. Une société est-elle engagée par un contrat conclu par le dirigeant en dépassement de son objet social ? Et quelles sont les conséquences d'un tel acte pour le dirigeant ?**

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**  
**Année Universitaire 2023-2024**

**DROIT DES SOCIETES****Durée** : 3 h3<sup>ème</sup> année LICENCE Droit**Semestre** : 6**Nom de l'enseignant** : Alice Fournier**Session** : 1 Sans document(s) Documents autorisés : Code civil et Code de commerce**DROIT DES SOCIETES**

**Seuls le Code civil et le Code de commerce sont autorisés.**

**ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, CHAMBRE COMMERCIALE, FINANCIÈRE ET ÉCONOMIQUE, DU 19 JANVIER 2022, n° 20-13.719, Inédit**

**Faits et procédure**

1. Selon l'arrêt attaqué (Metz, 5 décembre 2019), le 20 décembre 2012, la Caisse de crédit mutuel de Longwy-Bas (la banque) a consenti un prêt destiné à financer la reprise d'un fonds de commerce. L'acte stipule que le prêt est accordé à « l'Eurl Ileva, en cours d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés, représentée par Mme [O] [K] ». Le 21 mars 2013, la banque a consenti un prêt complémentaire à la société Ileva. Mme [O] et son époux se sont rendus cautions solidaires du remboursement de chacun de ces prêts.

2. Selon un avenant du 21 novembre 2013, signé par les cautions, la société Ileva a consenti à la banque un nantissement sur son fonds de commerce.

3. La société Ileva ayant été mise en liquidation judiciaire et Mme [O] en redressement judiciaire, la banque a assigné M. [O] en paiement des sommes restant dues au titre de ces deux prêts.

#### Examen des moyens

[...]

Mais sur le premier moyen, pris en ses première et deuxième branches

#### Enoncé du moyen

7. M. [O] fait grief à l'arrêt d'infirmier le jugement en ce qu'il avait rejeté les demandes de la banque au titre de son engagement de caution souscrit en garantie du contrat de prêt du 20 décembre 2012, en raison de l'irrégularité de fond affectant ce dernier, et de le condamner à payer à celle-ci la somme de 28 890,23 euros avec intérêts au taux conventionnel de 6,50 % l'an à compter du 30 septembre 2016 au titre de cet engagement, alors :

« 1°/ que l'acte conclu par une société en cours d'immatriculation est nul de nullité absolue, insusceptible de confirmation ou ratification ; qu'en jugeant que l'acte de prêt conclu le 20 décembre 2012 était valable et avait été repris par la société Ilena, tout en constatant qu'il avait été conclu "par l'Eurl Ilena" en cours d'immatriculation, et non au nom de la société en formation, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et a violé les articles 1842 et 1843 du code civil, et L. 210-6 du code de commerce ;

2°/ que l'avenant à un contrat, qui n'en modifie que certains éléments, ne peut faire obstacle à sa nullité absolue ; qu'en se fondant, pour écarter la nullité absolue du contrat de prêt du 20 décembre 2012, conclu par la société Ilena avant son immatriculation, sur l'existence d'un avenant signé après l'immatriculation, tout en constatant que cet avenant "n'emportait aucune novation au contrat initial dont toutes les conditions non expressément modifiées [?] demeuraient inchangées", de sorte qu'il ne constituait pas un nouveau contrat réalisant une réfection du contrat initial, la cour d'appel a violé les articles 1842 et 1843 du code civil, et L. 210-6 du code de commerce. »

#### Réponse de la Cour

Vu l'article 1842, alinéa 1, du code civil :

8. Selon ce texte, les sociétés autres que les sociétés en participation jouissent de la personnalité morale à compter de leur immatriculation.

9. Pour condamner M. [O] à payer à la banque une certaine somme au titre de son engagement de caution souscrit en garantie du prêt du 20 décembre 2012, l'arrêt, après avoir relevé qu'invoquant à son profit la nullité absolue du contrat de prêt, il faisait valoir que celui-ci avait été signé, non par une société en formation, mais par une personne morale inexistante, et qu'il n'avait, en tout état de cause, pas été repris par l'Eurl Ileva, retient que Mme [O] avait, à l'évidence, agi au nom et pour le compte de cette société en formation. Il relève également que l'Eurl Ileva, ainsi que les cautions, avaient, le 21 novembre 2013, signé un avenant au contrat initial stipulant que celui-ci « n'emportait aucune novation au contrat initial dont toutes les conditions non expressément modifiées, et notamment les garanties, demeuraient inchangées » et « liait les deux parties lors de la signature de l'emprunteur et le cas échéant des cautions », ce dont il déduit que l'Eurl Ileva ayant, postérieurement à son immatriculation au registre du commerce et des sociétés, signé un acte emportant reprise du contrat initial, le moyen de nullité de ce dernier invoqué par M. [O] devait être écarté.

10. En statuant ainsi, alors qu'elle avait constaté que le contrat de prêt du 20 décembre 2012 avait été conclu, non pas au nom et pour le compte d'une société en cours de formation mais par la société elle-même, avant son immatriculation au registre du commerce et des sociétés, ce dont il résultait qu'il était nul pour avoir été conclu par une société dépourvue de personnalité juridique, et que l'avenant à ce contrat, qui, selon ses propres termes, n'emportait pas novation, n'était pas de nature à couvrir cette nullité absolue, la cour d'appel a violé le texte susvisé.

[...]

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

CASSE ET ANNULE,

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S  
Année Universitaire 2023-2024**

**LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT :****Durée :** 5 h3 ième année **LICENCE** Droit**Semestre :** semestre 6**Nom de l'enseignant :** H KERJEAN**Session :** 1<sup>ere</sup> session Sans document(s) Document autorisé : dossier fourni**NOTE DE SYNTHÈSE**

Alerté sur les risques juridiques et financiers liés aux procédures d'information des patients, le directeur du CHU de X souhaite mettre en place une démarche de formation et d'actions.

En tant que chef du service juridique, il vous demande de rédiger une note faisant le point sur ce thème et permettant de préparer cette démarche.

**Dossier joint : 20 documents : 65 pages**

## **Sommaire**

<b>Doc 1:</b> Les différents modes de règlement des litiges	<b>10 pages</b>
<b>Doc 2:</b> Code civil (extraits) Titre IX et XI autorité parentale et majorité	<b>4 pages</b>
<b>Doc 3 :</b> Code civil article 1240	<b>1 page</b>
<b>Doc 4 :</b> Code de la santé publique (extraits)	<b>10 pages</b>
<b>Doc 5 :</b> Exposé des motifs projet de loi « droits des malades » (2001)	<b>4 pages</b>
<b>Doc 6 :</b> Exposé des motifs du projet de loi relatif à la santé (extrait 2014)	<b>2 pages</b>
<b>Doc 7 :</b> Cour administrative d'Appel de Nantes, 21 février 2013	<b>3 pages</b>
<b>Doc 8 :</b> Cour de cassation, Civ, 1ère, 9 octobre 2001	<b>1 page</b>
<b>Doc 9 :</b> Commission des usagers de la santé- site internet ARS	<b>2 pages</b>
<b>Doc 10 :</b> Label régional 2018 « droits des usagers de la santé »	<b>1 page</b>
<b>Doc 11 :</b> loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades » (extraits)	<b>1 page</b>
<b>Doc 12 :</b> <i>Les Echos-Obligation d'information du médecin vers son patient</i>	<b>2 pages</b>
<b>Doc13 :</b> Livret d'accueil des établissements de santé	<b>4 pages</b>
<b>Doc14 :</b> Code de déontologie- commentaires de l'ordre des médecins	<b>4 pages</b>
<b>Doc 15 :</b> Cour de cassation, Civ, 1ère, 26 septembre 2012	<b>1 page</b>
<b>Doc 16 :</b> <i>Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000</i>	<b>2 pages</b>
<b>Doc 17 :</b> Cour de cassation, Civ,1er, 22 juin 2017	<b>5 pages</b>
<b>Doc 18 :</b> Conseil d'État, 19 mai 2004. Notion de perte de chance	<b>1 page</b>
<b>Doc 19 :</b> Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie-2013	<b>5 pages</b>
<b>Doc 20 :</b> Conseil d'État, 28 juillet 2011	<b>2 pages</b>

## 5 LES DIFFÉRENTS MODES DE RÈGLEMENT DES LITIGES

### V.1 PLAINTES ET RECOURS NON INDEMNITAIRES

#### V.1.1 Les commissions des usagers

La commission doit veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches. Ainsi, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou les proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement peuvent être examinées par la commission, laquelle s'assurera que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission examinera exclusivement les plaintes et réclamations adressées qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

Sa composition et les modalités de son fonctionnement sont précisés aux articles L1112-3 et R1112-79 à R1112-94 du Code de la Santé publique et développé au sein de ce guide - voir *infra* (Partie III - Chapitre III).

##### V.1.1.1 L'examen des plaintes et réclamations

Tout usager d'un établissement de santé peut exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, l'usager peut alors soit adresser une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement soit voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins.

Une copie du document lui est alors délivrée. L'ensemble des plaintes est transmis au représentant légal de l'établissement. Ce dernier doit y répondre dans les meilleurs délais et avise le plaignant de la possibilité de saisir un médiateur, ou l'informe avoir procédé à cette saisine.

Si la plainte met exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, c'est le médiateur médecin qui est compétent. Le médiateur non médecin a à connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation relève de divers aspects, médicaux ou non, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier dans les huit jours suivant la saisine. Si le patient est hospitalisé, la rencontre doit intervenir avant sa sortie de l'établissement.

Dans les huit jours suivant cette rencontre, le médiateur adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

La commission peut rencontrer le plaignant si elle le juge utile. Au vu du dossier, la commission formule des recommandations

pour apporter une solution au litige ou pour que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier. Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

Si les membres de la commission, autres que le président, sont concernés par une plainte ou une réclamation, ils ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier. Le membre titulaire peut être remplacé par son suppléant. Si le médiateur et son suppléant sont mis en cause, leur mission est alors assurée par un agent lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin et par un praticien lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

En cas de partage égal des voix, la voix du Président est prépondérante.

#### ■ Pour en savoir plus :

- *Fiche Santé Info Droits Pratique B.2 : La commission des usagers : son rôle dans l'examen des plaintes*
- *Fiche Boîte à outils du RU n° 4 : Commission des usagers : la plainte/réclamation de l'usager est-elle correctement traitée ?*

##### V.1.1.2 Le rôle du représentant des usagers

La participation du représentant de la commission des usagers dans cette instance est sans doute l'une des plus importantes parmi les différents mandats. En effet, c'est au sein de la commission des usagers que le représentant peut être le plus efficace et apporter le plus à l'établissement et aux usagers.

La lecture des plaintes, réclamations et éloges est une source inépuisable d'informations sur l'organisation, le fonctionnement, la qualité de la prise en charge dans les différents services. Cette lecture est également un indicateur efficace pour connaître le climat social qui règne dans l'hôpital.

Pour pouvoir agir à bon escient, il est impératif que le représentant des usagers ait accès à l'ensemble des courriers dans leur intégralité : la délivrance d'une liste récapitulant le thème général des lettres n'est pas satisfaisant. En effet, un courrier des usagers est quelquefois complexe. Il contient souvent plusieurs demandes. Il peut mettre en évidence, à la fois, des points positifs et négatifs. Le ton, la forme, la manière dont sont exprimés les griefs ou les éloges sont autant d'éléments importants à connaître. En aucune manière, une lettre ne peut se résumer à un titre générique.

L'article R1112-80 du Code de la Santé publique précise d'ailleurs que : « L'ensemble des plaintes et des réclamations adressées à

*l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement, sont tenues à la disposition des membres de la commission* ». Le représentant doit donc demander cet accès. Un établissement qui refuserait ce droit montrerait qu'il n'a pas compris le rôle du représentant et plus largement de la commission.

Il peut être intéressant que les représentants lisent ensemble ces courriers afin de pouvoir en discuter et préparer leurs questions ou d'éventuelles propositions d'amélioration.

Cette mission doit s'exercer dans le respect du secret professionnel. À cet égard, l'article L1112-3 du Code de la Santé publique impose à tous les membres de la commission le respect du « *secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.* »

Le représentant doit également s'assurer qu'un courrier d'accusé de réception de la lettre sera systématiquement adressé à l'utilisateur, et ceci dans un délai rapide. Cette première correspondance est importante car elle informe l'utilisateur que l'établissement a bien pris en compte sa demande.

Le représentant sera aussi attentif au délai concernant la réponse définitive. Plus le temps de réponse est long, plus le risque de voir grandir un sentiment de défiance vis-à-vis de l'établissement est important. Il devra par ailleurs s'assurer que cette lettre répond bien aux interrogations de l'utilisateur et ne soit pas une « lettre type ».

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la commission des usagers contribue également à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches, en recevant toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions. Elle rend compte de ses analyses et propositions. Il est indispensable de veiller à ce que l'action de la commission ne se limite pas au traitement des litiges. En effet, la tendance naturelle des établissements est de se concentrer sur ces modes de règlement. Le volet amélioration de la qualité de la prise en charge est tout aussi important et ne doit pas être considéré comme une mission secondaire. C'est aux représentants d'y être attentifs et de faire en sorte que des réflexions soient engagées sur ces questions.

Dans ce cadre, la commission doit être destinataire des éventuelles enquêtes de satisfaction réalisées par l'établissement, ainsi que d'une synthèse des questionnaires de sortie. Les membres de la commission peuvent aussi demander à rencontrer les présidents des commissions qui traitent de la qualité de la prise en charge (commission alimentation nutrition, comité de lutte contre les infections nosocomiales, commission de lutte contre la douleur...).

Par ailleurs, l'article R6144-2-2 du CSP prévoit que la commission contribue à l'élaboration du programme d'actions qui sera établi par la commission médicale d'établissement, pour les établissements publics, ou par la conférence médicale d'établissement, pour les établissements privés, visant à mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce programme devra en particulier prendre en compte les informations contenues dans le rapport annuel de

la commission. Les représentants devront se rapprocher des membres de la CME, afin d'envisager les modalités de cette collaboration (article L6144-1 du CSP).

Les représentants des usagers doivent enfin vérifier que la totalité de ces points ainsi que les éventuelles recommandations élaborées par la commission apparaissent dans le rapport annuel de la commission. Ils doivent, de même, exiger que lors de la présentation de ce rapport, un débat ait lieu au sein du conseil de surveillance autour de ces sujets, et ceci conformément aux textes en vigueur.

Le rapport de la commission a vocation à alimenter le rapport sur le respect des droits élaboré au sein de la formation spécialisée de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Il revient aux représentants des usagers de s'assurer que tel est bien le cas.

**☞ Pour en savoir plus : Le Guide du représentant des usagers en commission des usagers est également à votre disposition**

## V1.2 Les conseils territoriaux de santé

Ces conseils ont été créés par la loi du 26 janvier 2016. L'article L1434-10 du Code de la Santé publique définit les missions et composition des conseils territoriaux de santé.

Leur rôle est de veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Ils organisent au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Ils comprennent également une commission spécialisée en santé mentale.

À ce jour, seules des expérimentations par des conseils territoriaux de santé sont en cours sur ces problématiques.

## V1.3 Les instances ordinales

Les professions médicales et paramédicales sont organisées autour d'ordres professionnels qui regroupent obligatoirement des praticiens en exercice. Il existe, à ce jour, un ordre pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les pédicures-podologues, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers.

Les ordres ont pour mission de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de leur profession et à l'observation, par tous les membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par leur code de déontologie. Par ailleurs, ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance des professions. Ils peuvent organiser toutes œuvres d'entraide ou de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit.

Les ordres n'ont pas pour compétence d'évaluer ou d'indemniser les dommages corporels résultant d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins. En revanche, le non-respect des règles de déontologie à l'occasion d'un acte médical peut être porté à la connaissance de l'ordre compétent, comme par exemple



le défaut d'application du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires, le non-respect des règles de l'art dans les soins, le défaut d'information.

Tout patient ayant constaté des violations aux règles déontologiques est fondé à saisir le conseil de l'Ordre de la profession concernée. Peuvent également formuler des plaintes au conseil de l'ordre les organismes locaux d'Assurance maladie, les médecins-conseils des caisses de Sécurité sociale ou encore les associations de défense des droits des patients, des usagers ou des personnes en situation de précarité, le ministre de la santé, le préfet de la région ou du département, le procureur de la République, un syndicat ou une association de praticiens, le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Chaque ordre professionnel a sa propre organisation. De manière générale, l'organigramme se compose d'un conseil départemental qui reçoit et instruit les plaintes et réclamations au sein de commissions de conciliation, d'un conseil régional qui comporte une chambre disciplinaire de première instance et, enfin, d'un conseil national ou central qui constitue la section d'appel des décisions du conseil régional.

Toutes les décisions du conseil national de l'ordre sont susceptibles de recours devant le Conseil d'État.

La chambre compétente est celle dans le ressort de laquelle le professionnel est inscrit à la date où elle est saisie. Elle doit statuer dans un délai de 6 mois à compter du dépôt de la plainte. La procédure est contradictoire.

■ Voir la fiche *Santé Info Droits Pratique A.9 : La procédure disciplinaire devant les ordres de professions de santé.*

#### V.1.4 Les recours auprès les caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM)

Les caisses primaires d'Assurance Maladie exercent une mission de régulation des tarifs des professionnels de santé. Elles sont garantes du respect des conventions que chaque médecin a signé auprès d'elles.

Chaque usager peut donc saisir sa caisse pour signaler des dépassements d'honoraires démesurés (qui constituerait une pratique tarifaire excessive), des dépassements d'honoraires chez des médecins qui exercent en secteur 1 (prohibés sauf en cas d'exigences particulières du patient), des refus de soins aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État et de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement de la complémentaire santé, le défaut d'application du tiers payant...

#### V.1.5 Les recours auprès du Défenseur des droits

Intégrée dans la Constitution depuis le 23 juillet 2008 et mise en place par la loi organique et la loi ordinaire du 29 mars 2011, cette autorité administrative indépendante regroupe les missions du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants, de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) et de la Commission nationale de déontologie

de la sécurité (CNDS). Il a, depuis lors, récoûté une mission supplémentaire en matière d'orientation et de protection des lanceurs d'alerte.

Le Défenseur des droits est nommé par le Président de la République pour un mandat de six ans non renouvelable et non révocable. Sa nomination est soumise au vote de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il constitue une autorité indépendante.

En matière de santé, deux de ses missions retiennent plus particulièrement l'attention : la lutte contre les discriminations et le rôle de médiation.

#### Lutte contre les discriminations

Une discrimination est une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap, l'état de santé, etc., dans un domaine visé par la loi, comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc. Cette discrimination peut être directe, si l'inégalité se fonde sur un critère prohibé, ou indirecte, lorsqu'une règle, une pratique ou un critère apparemment neutre a un effet défavorable sur un groupe visé par un critère de discrimination.

Le Défenseur des droits a repris les prérogatives de lutte contre les discriminations qui incombaient précédemment à la HALDE avec pour mission d'accompagner des victimes de discrimination dans leurs démarches. En ce sens, la victime elle-même ou une association peuvent saisir l'institution pour porter à sa connaissance des agissements discriminatoires du fait de personnes morales ou physiques, privées ou publiques.

Après avoir déterminé le caractère discriminatoire des faits, le Défenseur des droits pourra émettre une délibération publique mettant en cause l'auteur de la discrimination et lui enjoignant de prendre des dispositions afin de cesser ces agissements.

Le recours au Défenseur des droits est donc envisageable dans différentes circonstances : un patient qui se voit refuser des soins par un professionnel de santé du fait de sa pathologie ou de son régime de protection sociale, un salarié victime d'une différence de traitement au sein de son entreprise, à cause de sa maladie, un candidat se voyant refuser l'accès à un emploi du seul fait de son handicap, etc.

Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, et dont la raison d'être est de combattre les discriminations ou d'assister les victimes, pourra également saisir le Défenseur des droits « conjointement avec toute personne qui s'estime victime de discrimination », ou avec son accord.

#### Médiation avec les services publics

Le Défenseur des droits est également chargé d'améliorer les relations entre le citoyen, l'administration et le service public, notamment par la médiation. Il a donc intégré le rôle de l'ancien médiateur de la République qui avait pour mission depuis 1973 de résoudre les litiges des usagers avec les autorités publiques. Le Défenseur des droits examine ainsi au cas par cas l'inadaptation de certains textes ou procédures, les excès de certains comportements. Il propose des solutions sur mesure et des réformes de fond.

Il peut être saisi par toute personne physique ou morale (comme une association) en conflit avec une administration ou un service public. Tout parlementaire peut également avoir recours à la médiation, au nom d'un individu qui l'aurait interpellé sur sa situation.

Pour saisir le Défenseur des droits, il est possible de saisir les délégués du Défenseur des droits. Ces derniers pourront soit traiter la réclamation, soit orienter vers l'interlocuteur adapté soit encore transmettre le dossier au défenseur des droits.

Le Défenseur des droits peut également être saisi directement par courrier écrit ou électronique.

Le recours au Défenseur des droits et à ses délégués est gratuit.

#### Modalités de saisine du Défenseur des droits

- par Internet : [https://formulaire.defenseurdesdroits.fr/code/afficher.php?ETAPE=accueil\\_2016](https://formulaire.defenseurdesdroits.fr/code/afficher.php?ETAPE=accueil_2016)
- par téléphone au 09 69 39 00 00
- par courrier (sans affranchissement) à l'adresse suivante :  
Défenseur des droits  
Libre réponse 71120  
75342 Paris Cedex 07
- par l'intermédiaire d'un délégué local de l'institution : bénévoles, ses délégués s'engagent à accueillir les usagers du service public lors de permanences, au minimum deux demi-journées par semaine. Il existe au moins un délégué dans chaque département. Leurs coordonnées et horaires de permanences sont disponibles sur le site Internet du Défenseur des droits : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/saisir/deleagues>

## V.2 L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La loi du 4 mars 2002 a procédé à un aménagement novateur en matière d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, en créant, aux côtés des procédures de droit commun préexistantes, un dispositif d'indemnisation amiable avec de nouveaux organismes (Commissions de conciliation et d'indemnisation, Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, Commission nationale des accidents médicaux) et une profonde réforme de l'expertise médicale précontentieuse.

Le principe qui domine toujours est celui de la réparation intégrale des préjudices subis par la victime.

### V.2.1 L'indemnisation transactionnelle des accidents médicaux

Avant d'enclencher une procédure d'indemnisation devant les commissions de conciliation et d'indemnisation ou devant les juridictions de droit commun, les victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ont la possibilité d'entrer en contact directement avec l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé, responsable de l'accident.



Tout professionnel de santé, individuellement, ainsi que tout établissement privé ou public contracte obligatoirement une assurance pour garantir les risques encourus par son activité (sauf l'AP-HP qui est son propre assureur).

La victime d'un accident médical ou ses ayants droit peuvent, à tout moment, solliciter, auprès de cette assurance, une indemnisation des préjudices subis du fait de l'accident.

Après avoir procédé à une expertise médicale, l'assureur peut alors adresser à la victime ou à ses ayants droit une offre d'indemnisation visant à la réparation des préjudices. Cette offre indique l'évaluation retenue pour chaque poste de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit. L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime.

#### Attention !

Si la victime accepte l'offre de l'assureur, la transaction aura pour effet d'éteindre le litige : aucune procédure ultérieure ne pourra être envisagée pour la réparation de ce même préjudice.

Il est donc indispensable d'examiner avec attention l'indemnisation proposée par l'assureur et de se faire accompagner par un médecin conseil et/ou par un avocat spécialisé pour être certain que l'offre est adaptée aux préjudices subis. Si l'assureur estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne ou de l'établissement qu'il assure, il ne proposera aucune offre d'indemnisation et la victime pourra engager, si elle le souhaite, la responsabilité de l'auteur de l'accident, en saisissant la Commission de conciliation et d'indemnisation ou les juridictions de droit commun (*cf. infra*).

Il est important de préciser que la demande transactionnelle auprès du professionnel de santé n'est pas un préalable obligatoire à la saisine des différentes instances de règlement du litige, sauf pour la saisine du tribunal administratif à l'encontre d'un établissement public.

## V.2.2. Le dispositif d'indemnisation amiable

### V.2.2.1. Les organismes

#### V.2.2.1.1. Les commissions de conciliation et d'indemnisation

##### Rôle des commissions

Dans chaque région, une commission de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que de tout autre litige entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé, organismes ou producteurs de produits de santé.

Cette commission a donc une double fonction : une fonction d'indemnisation et une fonction de médiation, de conciliation.

Cette procédure amiable d'indemnisation n'est réservée qu'aux préjudices graves. Pour les accidents ne présentant pas de caractère de gravité, la commission régionale peut simplement jouer un rôle de conciliation, ce qui n'interdit pas, par ailleurs, aux victimes de saisir les juridictions de droit commun.

La saisine de la commission n'est pas un préalable obligatoire de la procédure contentieuse.

*Cf. infra* VI.2.2.2.

#### Composition de la commission

Outre son président qui est un magistrat, chaque commission comprend :

- trois représentants des usagers proposés par les associations agréées des usagers du système de santé ;
- un représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
- un praticien hospitalier désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
- un responsable d'établissement public de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives au plan régional ;
- deux responsables d'établissements de santé privés désignés par les organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan régional, dont un représentant des organisations d'hospitalisation privée à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- le directeur ou son représentant de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (*cf. infra*) et un représentant des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale ;
- deux personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.

Deux suppléants, qui ne participent aux délibérations qu'en absence du titulaire, sont nommés pour chacun des membres de la commission. Les membres sont nommés pour une période d'une durée de trois ans renouvelables.

La CCI ne peut délibérer qu'en présence d'au moins cinq de ses membres. Dans le cas contraire, une nouvelle séance se tient, sans obligation de quorum, au terme d'un délai de quinze jours. Les avis de la commission sont adoptés à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

#### Mission de conciliation

Depuis l'entrée en fonction effective des commissions régionales, la fonction de conciliation reste méconnue. Si les CCI ont pour première mission de réparer les conséquences des risques sanitaires, leur fonction de conciliation n'en demeure pas moins primordiale. La mission de conciliation ne saurait se limiter à des cas de médiation financière pour des dossiers déclarés irrecevables ou rejetés.

L'article L114-4 du CSP dispose que : « La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L1142-5 du CSP réunie en formation de conciliation peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ».

Ainsi, la CCI peut être saisie par :

- un usager s'estimant victime de la violation d'un de ses droits (respect de la dignité, de sa vie privée, du secret des informations, information sur son état de santé, accès au dossier médical, etc.) ;
- une association ou une personne estimant que les droits des usagers du système de santé n'ont pas été respectés (représentation par les seules associations agréées, droit à la formation, fonctionnement de la commission des usagers de l'établissement, etc.).

#### V.2.2.1.2. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

Établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, l'ONIAM est en charge de l'indemnisation des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale au titre de la solidarité nationale.

Depuis sa création par la loi du 4 mars 2002, en plus de son rôle d'indemnisateur des victimes d'accidents médicaux (cf. *infra* V.2.2.2), de nouvelles missions ont été confiées à l'ONIAM. Ainsi, il est désormais en charge de l'indemnisation directe des victimes :

- de vaccinations obligatoires (articles L3111-4 à L3111-9 et L3112-1 du Code de la Santé publique) ;
- contaminées lors d'une transfusion sanguine ou par l'injection d'un médicament dérivé du sang par le VIH (art. L3122-1 à L3122-6 du CSP), le VHC, le VHB ou le virus T-lymphotropique humain (art. L1221-14 du CSP) ;
- des traitements par l'hormone de croissance extractive (art. L1422-22 al. 4 du CSP) ;
- du traitement de radiothérapie, suivi au Centre hospitalier Jean Monnet d'Épinal ;
- d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave (L3131-1 à L3131-4 du Code de la Santé publique) ;
- du Benfluorex (art. L1142-24-1 à L1142-24-8) ;
- de valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés pendant une grossesse (art. L1142-24-9 à L1142-24-18 du CSP).

■ **Pour en savoir plus sur certains de ces dispositifs d'indemnisation spécifiques, consulter les fiches Santé Info Droits Pratique :**

- **A.8.2 : L'indemnisation par l'ONIAM des victimes de contamination au virus de l'hépatite C par transfusion de produits sanguins ou d'injections de médicaments dérivés du sang**
- **A.8.3 : L'indemnisation des victimes du Benfluorex (Mediator) devant l'ONIAM**

Est également rattaché à l'ONIAM, l'Observatoire des risques médicaux, mis en place par la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 et chargé de centraliser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation, qui doivent lui être communiquées, notamment par les assureurs des professionnels et organismes de santé.

#### V.2.2.1.3. La Commission nationale des accidents médicaux

Placée auprès des ministres chargés de la Justice et de la Santé, composée de professionnels de santé, de représentants des usagers et de personnes qualifiées, cette commission prononce l'inscription des experts sur une liste nationale des experts en accidents médicaux après avoir procédé à une évaluation de leurs connaissances. Elle est chargée d'assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale.

Elle est également chargée d'établir des recommandations sur la conduite des expertises, de veiller à une application homogène des procédures d'indemnisation des accidents médicaux, mise en place par la loi du 4 mars 2002, et d'évaluer l'ensemble du dispositif dans le cadre d'un rapport remis chaque année au Gouvernement et au Parlement sur la base, notamment, des rapports transmis par les CCI.

*Attention ! La commission nationale n'est pas une instance d'appel des décisions des CCI ou de l'ONIAM.*

#### V.2.2.2 La procédure d'indemnisation par les CCI

##### Conditions d'accès au dispositif d'indemnisation

Les victimes ont accès à cette procédure d'indemnisation sous deux conditions principales :

- la date de réalisation de l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit être postérieure au 4 septembre 2001 ;
- le dommage doit être supérieur à un seuil de gravité. Les critères de gravité prévus par les articles L1142-1 à L1142-3 et D1142-1 à D1142-3 du Code de la Santé publique sont les suivants :
  - soit un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure (APIPP, ex-IPP) à 24 % ;
  - soit une durée d'arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP, ex-ITT) supérieure à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période d'un an ;
  - soit la personne est déclarée définitivement inapte à exercer son activité professionnelle (celle exercée avant l'accident) ;
  - soit un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %. Le déficit fonctionnel temporaire permet d'indemniser les dommages subis par des personnes n'ayant pas d'activité professionnelle. On supprime ainsi le caractère inégalitaire des critères de recevabilité des demandes d'indemnisation ;
  - soit l'accident occasionne des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

Si ces conditions ne sont pas réunies, la CCI se déclarera incompétente. Dans ce cas, elle pourra simplement jouer le rôle de conciliation mais les victimes peuvent agir suivant les procédures de droit commun (cf. *infra* au V-3).

Afin d'apprécier si les dommages subis atteignent le seuil de gravité, la commission peut soumettre le dossier à un expert, les parties concernées étant informées de l'identité et des titres du ou des experts.

##### Saisine de la commission

« La commission régionale peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal. Elle peut également être saisie par les

ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins » (article L1142-7 du Code de la Santé publique).

La demande doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception ou déposée auprès du secrétariat contre récépissé à la commission dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins en cause. Le formulaire de saisine, établi par l'ONIAM, est disponible sur le site Internet suivant : [www.oniam.fr](http://www.oniam.fr)

La demande doit être accompagnée de certaines pièces justificatives, notamment un certificat médical attestant l'ampleur précise des dommages dont le demandeur a été ou s'estime victime ainsi que la copie de son dossier médical.

Lors de la saisine, la personne doit informer la CCI des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Inversement, si une action en justice est intentée, la personne doit informer le juge (administratif ou judiciaire) de la saisine de la commission. Cette situation suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure.

La commission accuse réception du dossier et, le cas échéant, demande les pièces manquantes. Dès réception de la demande initiale, la commission informe, par lettre recommandée avec accusé de réception, le professionnel, l'établissement, le centre, l'organisme de santé ou le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé, de la mise en cause de sa responsabilité par le demandeur. La partie mise en cause indique sans délai à la commission le nom de l'assureur qui garantit sa responsabilité civile, au moment de la demande d'indemnisation ainsi qu'à l'époque des faits incriminés.

### Procédure

La CCI doit émettre un avis dans un délai de six mois à compter de sa saisine. Lorsque la commission estime que les dommages subis atteignent le seuil de gravité, les parties concernées ainsi que les assureurs des parties mises en cause sont informés (par lettre recommandée) de la date à laquelle la commission se réunit en vue de rendre son avis. Le rapport d'expertise leur est transmis avant la réunion de la commission.

Les parties sont entendues sur leur demande ou à la demande de la commission. Elles peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix.

L'avis de la commission précise pour chaque chef de préjudice - incapacité permanente partielle, préjudices économiques tels que préjudice professionnel, frais médicaux, préjudices extra-patrimoniaux tels que le préjudice lié à la douleur, le préjudice d'agrément et esthétique - les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que son appréciation sur les responsabilités encourues.

L'avis est adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au demandeur, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux ainsi qu'au professionnel, à l'établissement, au centre, à l'organisme de santé ou au producteur, à l'exploitant ou au distributeur de produits de santé dont la responsabilité a été engagée par le demandeur et à son assureur.

En cas d'aggravation de l'état de la personne nécessitant une nouvelle évaluation des dommages, une nouvelle expertise peut être diligentée, soit à l'initiative de la commission, soit à la requête de la personne, afin qu'une nouvelle offre d'indemnisation puisse être proposée.

### Indemnisation par l'assureur du responsable

Si la responsabilité d'un professionnel de santé est engagée soit pour faute médicale soit sans faute (infections nosocomiales, produits défectueux), l'assurance obligatoire de ce professionnel doit jouer son rôle de garantie.

L'assureur adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis de la CCI, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.

Cette offre doit indiquer l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit. L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de santé de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

L'assureur qui fait une offre à la victime est tenu de rembourser à l'office les frais d'expertise que celle-ci a supportés.

L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction et le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime. Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit des intérêts au double du taux légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif ou, le cas échéant, du jugement devenu définitif.

Si l'assureur qui a transigé avec la victime estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne qu'il assure, il dispose d'une action subrogatoire soit contre le tiers responsable, soit contre l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux.

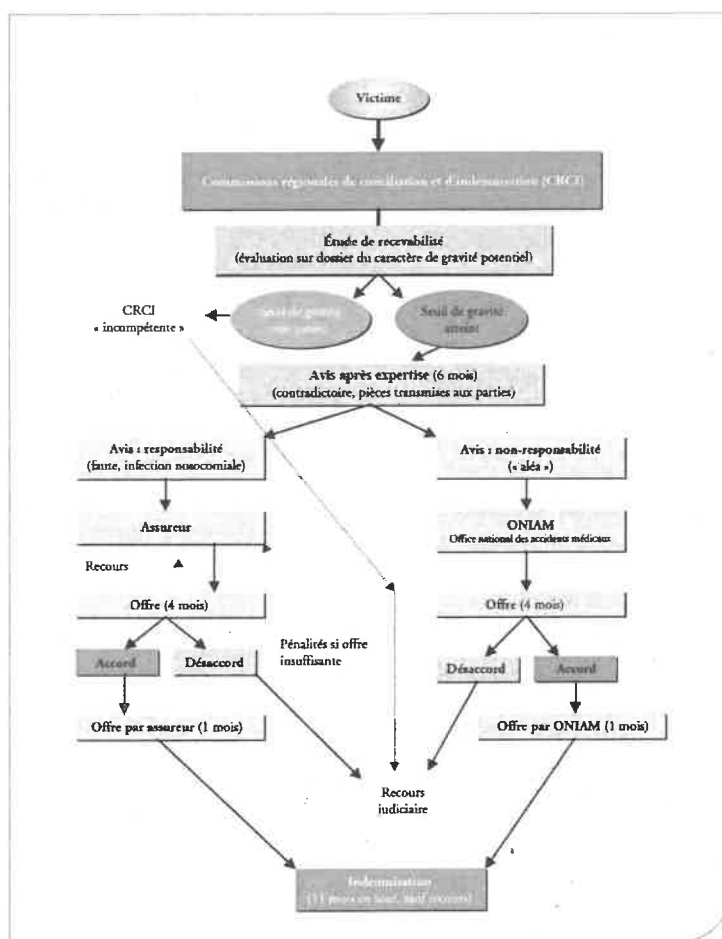
Si la victime refuse l'offre de l'assureur, elle peut saisir le juge compétent qui, s'il estime que cette offre est manifestement insuffisante, pourra condamner l'assureur à verser à la victime une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue, sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime.  
*Voir schéma ci-après.*

### Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

L'Office national intervient soit comme substitut de l'assureur soit pour indemniser l'aléa thérapeutique.

#### Comme substitut de l'assureur en cas de responsabilité

Après un avis de la CCI favorable à l'indemnisation, lorsqu'à l'issue du délai de quatre mois dont il dispose, l'assureur n'a pas fait d'offre d'indemnisation, la victime ou ses ayants droit peuvent adresser à l'ONIAM, par lettre recommandée avec accusé de réception, une demande aux fins d'obtenir une indemnisation de sa part.



Il en va de même lorsque, alors que la commission estime qu'un dommage est imputable à plusieurs responsables, les assureurs de ces derniers n'ont pas fait d'offre conjointe à l'issue des quatre mois dont ils disposent pour ce faire.

Dans ces deux cas, l'ONIAM est substitué à l'assureur et a un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande faite par la victime ou ses ayants droit, pour verser l'indemnisation.

Lorsque la personne considérée par la commission comme responsable des dommages n'est pas assurée, le délai court à compter de la date de réception par l'office de l'avis de la commission.

**Au titre de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique**

Rappelons que l'aléa thérapeutique est la conséquence anormale d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, sans faute du praticien ni lien avec l'état de santé initial de la victime.

L'Office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. L'acceptation de l'offre de l'Office vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code civil.

Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'office de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

Si l'Office qui a transigé avec la victime estime que la responsabilité d'un professionnel, établissement, service, organisme ou producteur de produits de santé est en cause, il dispose d'une action subrogatoire contre celui-ci.

La victime, ou ses ayants droit, dispose du droit d'action en justice contre l'office si aucune offre ne lui a été présentée ou si elle n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Ce recours s'exerce devant le tribunal administratif, l'ONIAM étant un établissement public à caractère administratif.

■ Sur la procédure devant les CCI, ne pas hésiter à se reporter au *Guide du représentant des usagers en CCI* et à la *fiche Santé Info Droits Pratique A.8.1*

**V.2.3 La voie juridictionnelle de réparation d'un préjudice corporel lié aux soins**

Avant de s'orienter vers la voie juridictionnelle (ou contentieuse), plusieurs questions préalables doivent être réglées :

- la compétence de la juridiction;
- la prescription de l'action ;
- l'assistance éventuelle d'un avocat ;
- le référé (procédure d'urgence) ;
- la demande préalable devant le tribunal administratif.

### V.2.3.1 La compétence

La compétence recouvre deux interrogations : la compétence liée au type de juridiction saisie et au lieu géographique où est située cette juridiction.

#### Quel type de juridiction saisir ?

L'établissement dans lequel le dommage s'est produit peut être géré par une personne morale de droit public ou de droit privé (hôpital public ou hôpital/clinique privée).

Si l'établissement est un établissement public, il faudra alors saisir le tribunal administratif (TA).

Si l'établissement est un établissement privé, il faudra alors saisir le tribunal de grande instance (TGI). Il en va de même si l'auteur de l'accident médical est un professionnel de santé qui exerce en libéral.

L'indemnisation des préjudices résultant de recherches biomédicales relève également de la compétence exclusive du tribunal de grande instance (article L1126-7 du Code de la Santé publique).

#### Quel tribunal est compétent territorialement ?

Le tribunal compétent est celui dans lequel l'établissement a son siège social, où il est situé administrativement et où le professionnel exerce son activité.

Cependant, devant le juge pénal, c'est la juridiction du lieu où est survenue la commission de l'infraction qui est compétente.

Précaution : il suffit bien souvent de joindre le greffe (secrétariat) du tribunal que l'on envisage comme compétent pour être fixé sur ce point.

### V.2.3.2 La prescription

La prescription correspond à la durée limite au cours de laquelle il est possible pour la victime d'intenter une action en réparation.

En matière d'accident médical, le délai de prescription est fixé à dix ans à compter de la consolidation du dommage qui correspond au moment à partir duquel les séquelles sont estimées stabilisées, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'amélioration à attendre.

Depuis la loi du 27 février 2017, la prescription de l'action publique, dans le cadre d'une procédure pénale, est de six ans à compter de la commission de l'infraction quand il s'agit d'un délit et de vingt ans lorsqu'il s'agit d'un crime.

### V.2.3.3 L'assistance d'un avocat

Devant certaines juridictions, la victime doit obligatoirement se faire représenter par un avocat et ne peut engager une action seule.

Au civil, devant le tribunal d'instance, la victime n'est pas obligée de se présenter avec un avocat. En revanche, devant le tribunal de grande instance, lorsque les sommes en jeu dépassent 10 000 €, la victime doit se faire assister d'un avocat.

Au pénal, que ce soit pour une plainte simple, une plainte avec constitution de partie civile ou encore une citation directe devant le tribunal correctionnel, la victime - en principe - n'a pas besoin de prendre un avocat. Attention cependant, les règles de forme et de procédure sont d'une telle complexité qu'il est recommandé d'en prendre un.

Devant le tribunal administratif, la victime n'est pas obligée de prendre un avocat.

### V.2.3.4 Le référé expertise ou provision

Avant d'engager un contentieux au fond (demander réparation des préjudices), il peut être opportun de demander la nomination d'un expert - pour évaluer s'il y a une faute et/ou pour estimer les préjudices - et, si la responsabilité apparaît bien établie, pour demander une provision (avance sur les sommes à percevoir).

Le plus souvent, ces demandes sont opérées au moyen de la procédure des référés qui existe devant les juridictions civiles comme devant les juridictions administratives, mais pas devant le juge pénal.

Il s'agit donc d'une procédure accélérée ayant pour objet d'obtenir la nomination d'un expert et/ou le versement d'une provision.

Devant le tribunal de grande instance, le référé ne peut être introduit que par un avocat au moyen d'une assignation qui sera délivrée par un huissier de justice.

Devant le tribunal administratif, il est recommandé de prendre un avocat car, il y a peu encore, la loi exigeait que cette juridiction soit aussi saisie du fond de l'affaire.

### V.2.3.5 La règle de la décision préalable devant le tribunal administratif

Le tribunal administratif ne peut pas être saisi directement : la victime doit exercer son recours contre une décision administrative préalable qu'elle conteste, comme par exemple, le refus, par courrier, de l'établissement de réparer le dommage subi.

La procédure à suivre est donc celle-ci : il faut saisir l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception en rappelant les faits à l'origine du dommage, la faute éventuellement commise, les préjudices subis par la victime et en demandant ainsi réparation.

L'établissement dispose de deux mois pour répondre à compter de la date de réception de la lettre. S'il répond par un refus, la victime dispose alors d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de cette réponse pour saisir le tribunal. Le courrier de l'établissement public doit indiquer les délais et les voies de recours. À défaut de telles mentions, les délais pour saisir le tribunal ne sont pas opposables au demandeur.

Si l'établissement ne répond pas, il faut attendre deux mois à compter de la date de réception de la lettre de réclamation pour considérer qu'il s'agit d'un refus. À partir de cette date, la victime dispose de deux mois pour saisir le tribunal. Les demandeurs doivent donc être extrêmement vigilants sur le respect de ces différents délais.

Enfin, rappelons que la saisine de la commission d'indemnisation et de conciliation vient suspendre les délais de recours.

■ **Pour en savoir plus sur certains de ces dispositifs d'indemnisation spécifiques, consulter la fiche Santé Info Droits Pratique A.8 : Victimes d'accident médical, d'infection nosocomiale ou d'affection iatrogène : quelles démarches ?**

#### V.2.4 L'action de groupe

L'action de groupe en santé a été introduite dans notre droit par l'article 184 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et par le décret du 26 septembre 2016. Elle est aujourd'hui codifiée aux articles L1143-1 à L1143-3 du CSP et au sein du Code de procédure civile, aux articles 826-2 à 826-24.

Il s'agit d'une action en justice, intentée par une association agréée, qui permet à plusieurs personnes victimes d'un dommage corporel, du fait d'un même produit de santé, d'obtenir réparation de leur préjudice par les personnes responsables.

Grâce à une procédure unique, elle permet la mutualisation des moyens. En effet, la procédure initiale se fonde sur quelques cas

individuels des usagers placés dans une situation similaire et dont le dommage a pour cause commune le manquement d'un fournisseur d'un produit de santé ou d'un prestataire l'ayant utilisé. Cette première procédure aboutit ensuite à un jugement de responsabilité à l'encontre du fournisseur ou prestataire qui bénéficiera à l'ensemble des victimes de ce même manquement dès lors qu'elles auront adhéré au groupe selon les critères de rattachement définis par le jugement de responsabilité.

Cependant, la phase d'indemnisation des préjudices subis par les victimes reste individuelle.

En l'état de notre droit, l'action de groupe en santé est une avancée en ce sens que la publicité qu'elle prescrit permet potentiellement de faire connaître aux victimes leurs droits pour pouvoir ensuite se faire indemniser avec un coût de procédure partiellement réduit.

■ **Pour en savoir plus sur certains de ces dispositifs d'indemnisation spécifiques, consulter la fiche Santé Info Droits Pratique A.8.4 : L'action de groupe en santé**

## 6 LE DON D'ORGANES

### Articles L1251-1 et L1231-1 à L1235-7 du Code de la Santé publique

Le don d'organes (cœur, foie, poumon, rein...) et de tissus (peau, os, tendons, cornée...) est surtout destiné à la greffe. En 2015, 5 746 organes ont été greffés et 54 659 personnes vivaient avec un greffon fonctionnel.

En France, dans le respect du principe impérieux de l'indisponibilité du corps humain, le don d'organes est un acte bénévole et gratuit.

Pour pouvoir bénéficier d'une greffe, il est nécessaire d'être inscrit par son médecin sur la liste nationale gérée par l'Agence de biomédecine. Des critères permettent d'établir des priorités parmi les receveurs ; c'est le cas de l'âge, de l'urgence vitale ou encore de la rareté du greffon nécessaire.

Pour être donneur vivant, il faut être âgé d'au moins 18 ans et justifier d'un lien de parenté ou d'un lien affectif stable avec le receveur. Informé par un comité d'experts des conséquences possibles, le donneur exprime par écrit son consentement et l'adresse soit au TGI soit à l'établissement de santé où est hospitalisé le receveur.

Le don est gratuit et tous les frais engendrés par l'acte sont pris en charge (frais médicaux, forfait hospitalier, perte de salaire, frais d'hébergement et de transport...).

Le donneur vivant ne peut pas faire l'objet d'une discrimination de la part d'un assureur, ni par un refus de contrat, ni par une surprime.

Toute personne décédée qui n'a pas exprimé son refus en s'inscrivant sur le Registre national automatisé des refus de prélèvement géré par l'Agence de biomédecine, est présumée consentir au prélèvement de ses organes. Le don est anonyme. Ce refus est révocable à tout moment.

Quand la mort est constatée, le médecin informe les proches du prélèvement envisagé. Depuis la loi du 26 janvier 2016, il n'a plus l'obligation de recueillir auprès des proches l'opposition éventuellement exprimée si elle n'a pas été enregistrée sur le Registre national des refus. Néanmoins, un proche peut faire valoir par témoignage écrit les circonstances précises de l'expression du refus exprimé.

Seuls les établissements de santé spécifiquement autorisés par l'Agence régionale de santé peuvent pratiquer des prélèvements d'organes, ceux-ci peuvent également importer et exporter des organes à des fins thérapeutiques.

■ **Pour en savoir plus, ne pas hésiter à se reporter à la fiche Santé Info Droits Pratique A.19 : Le prélèvement et don d'organes et de tissus : quels régimes juridiques ? ainsi qu'au site Internet grand public de l'Agence de biomédecine : [www.dondorganes.fr](http://www.dondorganes.fr)**



## Document 2 : 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°2019-721 du 10 juillet 2019 - art. 1

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.

L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.

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

Article 371-2

Modifié par LOI n°2019-1480 du 28 décembre 2019 - art. 8

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 de plein droit ni lorsque l'autorité parentale ou son exercice est retiré, ni lorsque l'enfant est majeur.

Article 371-3

Création Loi n°70-459 du 4 juin 1970 - art. 1 () JORF 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 19

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°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 6 (V)

Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale. L'autorité parentale est exercée conjointement dans le cas prévu à l'article 342-11.

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 ou, dans le cas d'un établissement de la filiation dans les conditions prévues au chapitre V du titre VII du présent livre, lorsque la mention de la reconnaissance conjointe est apposée à la demande du procureur de la République.

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 judiciaire ou sur décision du juge aux affaires familiales.

Article 373

[Modifié par Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 - art. 5 \(\) JORF 5 mars 2002](#)

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.

Section 2 : De l'assistance éducative

Article 375

Modifié par [LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 28](#) et 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

[Modifié par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 7 \(\) JORF 7 mars 2007](#)

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

[Modifié par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 7 \(\) JORF 7 mars 2007](#)

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

[Modifié par LOI n°2019-222 du 23 mars 2019 - art. 9 \(V\)](#)

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

[Modifié par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 116](#)

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 3

### Code civil

- Livre III : Des différentes manières dont on acquiert la propriété (Articles 711 à 2278)
  - Titre III : Des sources d'obligations (Articles 1100 à 1303-4)
    - Article 1100 Article 1100-1 Article 1100-2
  - Sous-titre II : La responsabilité extracontractuelle (Articles 1240 à 1252)
    - Chapitre Ier : La responsabilité extracontractuelle en général (Articles 1240 à 1244)

#### Article 1240

Modifié par Ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016 - art. 2

Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

#### Article 1241

Modifié par Ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016 - art. 2

Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

#### Article 1242

Modifié par Ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016 - art. 2

On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde.

Toutefois, celui qui détient, à un titre quelconque, tout ou partie de l'immeuble ou des biens mobiliers dans lesquels un incendie a pris naissance ne sera responsable, vis-à-vis des tiers, des dommages causés par cet incendie que s'il est prouvé qu'il doit être attribué à sa faute ou à la faute des personnes dont il est responsable.

Cette disposition ne s'applique pas aux rapports entre propriétaires et locataires, qui demeurent régis par les articles 1733 et 1734 du code civil.

Le père et la mère, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux.

Les maîtres et les commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés ;

Les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance.

La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les père et mère et les artisans ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.

## Document 4 : 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 L1111-1-1

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 Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 1](#)

I. - 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 bénéficier 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.

II. - Les droits des mineurs mentionnés au présent article sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

III. - L'information prévue au présent article est délivrée aux personnes majeures protégées au titre des dispositions du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément.

IV. - 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 Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 2](#)

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, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, 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° 2020-232 du 11 mars 2020 - art.](#)

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 protection juridique avec représentation relative à la personne, 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 LOI n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 14](#)

[Modifié par LOI n°2020-1576 du 14 décembre 2020 - art. 58 \(V\)](#)

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 des maisons de naissance, 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 avec représentation relative à la personne, la personne en charge de la mesure a accès à ces informations dans les mêmes conditions. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance, la personne chargée de l'assistance peut accéder à ces informations avec le consentement exprès de la personne protégée.

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 au dossier médical de ce malade des ayants droit, du concubin, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du médecin prenant en charge une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues au I de l'article L. 1130-4 s'effectue dans les conditions prévues aux deux derniers alinéas du V de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite.

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.

### **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°2021-684 du 28 mai 2021 - art. 12](#)

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 5 :**

### **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<sup>er</sup>), 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<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> 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'examen, 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.

## Document 6

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 7

### 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 collège 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 8

### 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 9 : 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 famille.

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 10 :**

### **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 11

### 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 12

Les Echos 17 octobre 2001

### L'obligation d'information du médecin envers son patient

Dans un arrêt de principe rendu le 9 octobre 2001 (1), la Cour de cassation réaffirme avec force l'obligation pour le médecin d'informer son patient des risques graves présentés par une intervention, fussent-ils exceptionnels. Condamnant un praticien pour n'avoir pas donné, voici vingt-six ans, en 1974, les conseils qu'on exigerait de lui aujourd'hui mais qui n'étaient alors pas requis, la cour rappelle que sa jurisprudence ne peut être différente selon la date des faits soumis à son examen.

Il était acquis depuis de nombreuses années que les médecins n'étaient tenus de porter à la connaissance de leur patient que les risques normalement prévisibles, et non pas exceptionnels, présentés par un traitement ou une intervention. Mais la Cour de cassation a procédé à un revirement de jurisprudence en 1998 et a considéré qu'un médecin est tenu de donner au patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés, même si lesdits risques ne se réalisent qu'exceptionnellement (2) et même si l'intervention est médicalement nécessaire (3).

Dans l'arrêt qu'elle vient de rendre (4) la cour va plus loin et fonde le devoir d'information du médecin sur « *l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine* ».

En l'espèce, un homme, né en janvier 1975 et handicapé à 25 % après une naissance par le siège, reprochait au médecin accoucheur de ne pas avoir informé sa mère des risques, même exceptionnels, qu'elle prenait en n'accouchant pas par césarienne. Après avoir échoué devant la cour d'appel de Lyon, il a obtenu satisfaction devant la Cour de cassation, qui a considéré que « *la responsabilité du médecin pouvait 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* ». La cour rappelle ainsi que l'unité de sa jurisprudence doit prévaloir, même si l'on peut penser que la sécurité juridique en est affectée.

Ce devoir d'information pèse sur tous les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, les jurisprudences civile et administrative étant harmonisées depuis deux arrêts rendus par le Conseil d'Etat (5). En revanche, si le patient doit être informé des risques graves, même exceptionnels, il n'a pas à l'être des risques bénins. En l'état actuel du droit, le médecin ne paraît pas non plus tenu d'informer les malades de l'existence d'autres alternatives thérapeutiques.

Trois autres limites ont été apportées à l'obligation d'information du médecin : l'urgence, l'impossibilité (fait, par exemple, de l'imprévisibilité des risques qui ne peuvent être anticipés) et le refus du patient d'être informé. En effet, le médecin « *n'est pas tenu de réussir à convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande* » (5). C'est à présent au médecin, et non au patient, de prouver qu'il a rempli son obligation d'information ; cette preuve peut toutefois être rapportée par tous moyens.

En pratique, les juges tiennent compte de simples indices, d'un ensemble de présomptions et de

témoignages (6), des circonstances dans lesquelles l'acte médical a été exécuté (si le patient a bénéficié d'un délai de réflexion ou s'il a consulté un autre médecin, par exemple), de l'attitude de la victime ou de sa famille avant l'intervention, voire même d'un écrit adressé par le médecin à l'un de ses confrères.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a tenu compte des enseignements dégagés par ces arrêts et a élaboré des recommandations destinées à aider le médecin à dispenser à chaque patient une information pertinente et de qualité.

Il y est précisé que l'information doit être hiérarchisée et reposer sur des données validées ; elle doit également présenter les bénéfices attendus des soins envisagés, avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale. Une information écrite ne doit constituer qu'un complément possible de l'information orale, qui doit être préférée car elle peut être adaptée au cas de chaque personne.

En pratique, la remise d'un document écrit et personnalisé semble néanmoins difficilement évitable, particulièrement lorsque le diagnostic est incertain ou que les risques associés au choix thérapeutique sont significatifs. Pour que le défaut d'information soit susceptible de donner lieu à indemnisation, encore faut-il que le préjudice soit certain et démontré. Or le risque présenté par une intervention chirurgicale doit être placé en regard du bénéfice à en attendre ; dès lors que le bienfait escompté est supérieur à l'inconvénient résultant du risque, le patient ne peut donc pas, faute de préjudice, demander réparation au chirurgien qui ne lui avait pas signalé le risque (7).

En juin 2000, il a été jugé que le défaut d'information doit, pour engager la responsabilité du médecin, avoir eu une incidence sur le consentement du patient ; ce dernier doit donc établir \_ ce qui n'était pas le cas en l'espèce \_ que s'il avait été dûment informé, il aurait fait un choix différent (8). Lorsque le risque s'est réalisé sans que le médecin ait commis d'autre faute que de ne pas signaler les risques, les tribunaux font application de la théorie de la perte de chance pour évaluer le préjudice : pour obtenir des dommages et intérêts, le patient doit prouver que le défaut d'information lui a fait perdre une chance d'échapper à une atteinte à son intégrité physique.

Au vu de toutes ces décisions, la conclusion suivante peut être tirée : l'on va sans doute assister à une augmentation du nombre des actions en responsabilité intentées contre les médecins. Toutefois, les actions fondées sur le seul défaut d'information devraient se raréfier car les patients échoueront souvent à caractériser et à chiffrer la perte de chance, même si cela n'était pas le cas dans la décision du 9 octobre 2001. La preuve du défaut d'information viendra alors au soutien des actions engagées pour faute médicale ou opératoire.

ALINE CELEYRETTE (\*)

## **Document 13 : 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](http://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 14 : 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 15 : 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 16 : 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 17**

### **Cour de cassation - Chambre civile 1**

- N° de pourvoi : 16-21.141
- ECLI:FR:CCASS:2017:C100794
- Non publié au bulletin
- Solution : Cassation partielle

Audience publique du jeudi 22 juin 2017

Décision attaquée : Cour d'appel de Riom, du 25 mai 2016

### **Président**

Mme Batut (président)

### **Avocat(s)**

SCP Richard, SCP Sevaux et Mathonnet

## **Texte intégral**

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

LA COUR DE CASSATION, PREMIÈRE CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que, le 6 janvier 2004, Mme X... a été victime d'un accident vasculaire cérébral dont elle a gardé de graves séquelles, après avoir subi, la veille, une sclérothérapie, réalisée par Mme Y..., médecin généraliste ; qu'elle a saisi la commission régionale de conciliation et d'indemnisation d'Auvergne qui, à l'issue de deux expertises médicales, a conclu à une indemnisation au titre de la solidarité nationale sur le fondement de l'article L. 1142-1, II, du code de la santé publique ; que Mme X... a accepté les offres d'indemnisation qui lui ont été faites par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (l'ONIAM) ; que celui-ci, estimant que Mme Y... n'avait pas informé sa patiente des risques inhérents à la sclérothérapie et ne disposait pas de la qualification requise pour la réaliser, a exercé contre elle et son assureur, la société Médicale de France, l'action subrogatoire prévue par l'article L. 1142-17 du même code ;

Sur la recevabilité du mémoire en défense, après avis donné aux parties conformément à l'article 1015 du code de procédure civile :

Vu l'article 982 du code de procédure civile ;

Attendu que le mémoire en demande de l'ONIAM a été déposé et signifié le 25 novembre 2016 à

Mme Y... et à la société Médicale de France qui ont déposé un mémoire en défense le 11 mai 2017 discutant l'étendue du recours de l'ONIAM ; que ce dernier mémoire, déposé au-delà du délai fixé par le texte susvisé, est irrecevable ;

Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 1111-2, L. 1142-1 et L. 1142-17 du code de la santé publique ;

Attendu que, pour rejeter les demandes de l'ONIAM fondées sur le défaut d'information, l'arrêt retient qu'en l'absence de caractère d'urgence du traitement par sclérothérapie, la perte de chance subie par Mme X... s'analyse, à la suite de la réalisation du risque lié à la survenue d'un accident vasculaire cérébral, en un préjudice moral lié au défaut de préparation psychologique aux risques encourus et au ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle et que ce préjudice moral n'a pas été indemnisé dans le cadre des protocoles d'accord signés entre l'ONIAM et Mme X... ;

Qu'en statuant ainsi, alors que la perte de chance d'éviter le dommage, consécutive à la réalisation d'un risque dont le patient aurait dû être informé, constitue un préjudice distinct du préjudice moral résultant d'un défaut de préparation aux conséquences de ce risque et consiste, dès lors que son existence est retenue par les juges du fond, en une fraction des différents chefs de préjudice déterminée en mesurant la chance perdue, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, mais seulement en ce qu'il rejette les demandes de l'ONIAM fondées sur un défaut d'information, l'arrêt rendu le 25 mai 2016, entre les parties, par la cour d'appel de Riom ; 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 Lyon ;

Condamne Mme Y... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande de l'ONIAM ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt partiellement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, première chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du vingt-deux juin deux mille dix-sept.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Sevaux et Mathonnet, avocat aux Conseils, pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Il est fait grief à l'arrêt confirmatif attaqué d'avoir débouté l'ONIAM de toutes ses demandes et de l'avoir condamné à payer à madame Y... et à la société Médicale de France la somme de 1.800 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile ;

Aux motifs propres que, sur la responsabilité du docteur Y..., il n'est pas contestable que les deux expertises ne sont pas parvenues à fournir aux premiers juges des éléments médicaux certains permettant d'imputer une faute technique au docteur Y... lors de la sclérothérapie pratiquée par ce médecin pour traiter les varices dont souffrait madame X... ; qu'il n'y a donc pas lieu d'examiner l'existence d'un lien de causalité entre la faute – qui n'est pas caractérisée – et le préjudice puisque manque l'élément nécessaire à la condamnation de ce médecin à raison de l'accident vasculaire cérébral dont a été victime madame X... le 6 janvier 2004 ; qu'en effet, tant le premier expert – le professeur Z... – que les seconds, le professeur A..., le docteur B... experts dans le domaine cardiovasculaire auprès de la cour d'appel de Besançon intervenus avec l'aide d'un saphiteur neurologue, ont estimé aux termes de leurs rapports que le docteur Y... avait prodigué les soins conformément aux pratiques préconisées, d'autant que ce médecin ne pouvait pas savoir que sa patiente était porteuse d'un foramen ovale perméable (FOP) et qu'il est exclu que tous les patients nécessitant une sclérothérapie bénéficient d'une échographie cardiaque pour détecter cette anomalie congénitale ; qu'en outre, les seconds experts susvisés ont estimé qu'il existait deux causes possibles à l'AVC subi par madame X... ; que la première étant celle relevée par le docteur C... (médecin intervenu dans les soins de l'AVC) à savoir une embolie paradoxale à partir d'une thrombose veineuse provenant des suites des soins pratiqués par le docteur Y..., le caillot serait passé dans la circulation à travers le foramen ovale perméable (FOP), qui est une anomalie congénitale de la victime, puis ledit caillot serait remonté dans la circulation cérébrale et aurait provoqué l'hémiplégie ; que les experts précisent que ce médecin ne savait pas au moment de ce diagnostic que la patiente souffrait également d'une seconde anomalie congénitale (l'anévrisme du septum interauriculaire ou ASIA) ; que la seconde hypothèse étant une embolie à point de départ non veineux mais à partir de l'ASIA qui favorise la thrombose in-situ et l'embolisation secondaire de cette dernière ; que les experts ajoutent que le FOP n'est pas un facteur favorisant les AVC alors que l'ASIA l'est ; qu'ils précisent que nul ne peut affirmer que l'une des deux origines est préférentiellement en cause, les fréquences de ces deux causes étant faibles, d'autant que les chiffres de la littérature médicales sont très variables ; que messieurs A... et Kieffer concluent que si le rapport des risques est plutôt en faveur de l'ASIA, le facteur chronologique est en faveur de la complication de la sclérose des varices pratiqué par le docteur Y..., mais que la probabilité est de 50 % pour chacune des deux causes ; qu'ils retiennent la notion d'aléa thérapeutique en faveur de la victime ce qui permettra par la suite l'indemnisation de cette dernière par l'ONIAM ; qu'en revanche, les mêmes experts affirment que le docteur Y... a manqué à son obligation d'information de sa patiente concernant les risques encourus et que ce médecin n'a pas pu fournir de document écrit attestant du fait qu'elle avait bien informé madame X... s'agissant des risques d'une sclérothérapie ; qu'ils ajoutent que le docteur Y... a également commis une « tromperie » en indiquant sur ses courriers et ordonnances la mention « phlébologie médicale » alors qu'elle est inscrite à l'ordre des médecins uniquement en qualité de médecin généraliste ; que, dès lors, les experts estiment que la victime aurait pu choisir un médecin diplômé et qualifié par l'ordre des médecins ce que le docteur Y... n'est pas dans la mesure où elle n'est pas parvenue à justifier de son inscription à l'ordre alors qu'elle a bénéficié d'un délai de 15 jours pour le faire lors des opérations d'expertise, même si elle a justifié être membre de la société de phlébologie depuis 1985 ; qu'à cet égard, il convient d'indiquer que l'article L.1111-2 du code de la santé publique en vigueur au moment de l'accident prévoyait notamment que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ; que 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 ; que 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 ; que seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ; que cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel ; qu'en cas de litige, il appartient au professionnel de santé de rapporter la preuve que l'information a été délivrée et ce par tout moyen ; qu'en l'espèce, le docteur Y... ne prouve pas qu'elle avait informé madame X... dans les conditions susmentionnées ; qu'en effet, elle ne verse aucun écrit de sa patiente, ni aucun autre moyen de preuve propre à satisfaire à son obligation d'information ; qu'à cet égard, il faut préciser que la délivrance d'une information quant aux soins envisagés est la condition du consentement éclairé qui est lui-même une condition du respect de la dignité humaine ; que, toutefois, ce droit à l'information ne constitue qu'un droit subjectif n'instituant pas un régime de responsabilité autonome et il doit s'appliquer en relation avec les dispositions de l'article 1382 du code civil et non avec celles posées par l'article 1147 du même code (Cass. Civ. 1ère – 3 juin 2010 Bull. I n° 128) ; qu'en l'absence de caractère d'urgence du traitement par sclérothérapie de madame X... (traitement dont il n'est pas contesté que l'objectif était esthétique) la perte de chance qu'elle a subie s'analyse, lorsque le risque se réalise et tel est bien le cas en raison de la survenance d'un accident vasculaire cérébral un jour après ces soins, en un préjudice moral lié au défaut de préparation psychologique aux risques encourus et au ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle ; que, néanmoins, ce préjudice moral n'a pas été indemnisé dans le cadre des protocoles d'accord signés entre l'ONIAM et madame X... qui ne mentionnent pas ce chef de préjudice ; que, dès lors, les transactions signées n'ouvrent pas d'action subrogatoire de l'ONIAM et seule madame X... pourrait éventuellement agir afin d'obtenir une telle indemnisation ; qu'enfin, il peut être ajouté que ce préjudice moral indemnisable au titre du défaut d'information en raison de la perte de chance est totalement distinct des atteintes corporelles constatées dans la mesure où il ne s'agit que de la perte d'une chance de se soustraire (que l'intervention médicale soit urgente ou non) au risque qui s'est réalisé ; que, par ailleurs, le fait que le docteur Y... mentionne son activité de phlébologie dans ses courriers et ses ordonnances est tout au plus de nature à motiver une saisine des autorités ordinales, mais n'a pas pu participer à une perte de chance dans le choix de ce praticien dans la mesure où, d'une part, l'intervention a respecté les règles de l'art ainsi que le reconnaissent les experts et où, d'autre part, la phlébologie n'est pas une spécialité médicale et que le médecin en cause était formé ainsi qu'en atteste le docteur D... et le fait qu'elle intervienne, en qualité de consultante en phlébologie, auprès du centre de cancérologie Jean Perrin à Clermont-Ferrand ;

Alors, de première part, que lorsque le défaut d'information sur les risques d'une intervention chirurgicale a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation d'un de ces risques, en refusant définitivement ou temporairement l'indemnisation projetée, l'indemnité qui lui est due doit être déterminée en fonction de son état et de toutes les conséquences qui en découlent pour lui et correspondre à une fraction, souverainement évaluée, de son dommage ; qu'il en découle que la perte de chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé, consécutive au manquement du médecin à son devoir d'information du patient, doit être indemnisée lorsqu'elle est constatée ; qu'ayant retenu que le manquement du docteur Y... à son obligation d'information avait fait perdre à la patiente une chance d'échapper au dommage, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et a méconnu l'article 1382, devenu l'article 1240, du code civil, ensemble l'article L.1142-17 du code de la santé publique ;

Alors, de seconde part, que la perte de chance causée par le manquement d'un médecin à son devoir d'information du patient est un préjudice distinct du préjudice moral lié au défaut de préparation psychologique aux risques encourus et au ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle ; qu'en limitant les conséquences préjudiciables du manquement du médecin à son obligation d'information à un dommage moral, cependant qu'elle constatait que le risque auquel la patient aurait pu échapper s'était réalisé, la cour d'appel a méconnu l'article 1382, devenu l'article 1240, du code civil, ensemble l'article L.1142-17 du code de la santé publique.

ECLI:FR:CCASS:2017:C100794

## **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 : « 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<sup>ère</sup>, 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 civils et administratifs 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<sup>er</sup> 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<sup>19</sup> 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<sup>21</sup> 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 <sup>23</sup>, 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<sup>ère</sup> chambre civile <sup>26</sup> 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 risque<sup>28</sup> 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 » actuelles<sup>29</sup> 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 nonrespect 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'information<sup>32</sup>. 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<sup>ère</sup>, 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 assureurs<sup>34</sup>, 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'information<sup>35</sup>. 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.<sup>38</sup> 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 subi <sup>41</sup>. 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 »<sup>46</sup> et à rattacher Le droit du patient à l'information à des principes supra législatifs<sup>47</sup>. 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 »<sup>48</sup>. 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 demande<sup>49</sup>. 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 20 : 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 ;

**D E C I D E :**

-----

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.