AREDOC

CHIRURGIE BARIATRIQUE :

DE L'INDICATION AU SUIVI POSTOPÉRATOIRE, PANORAMA DES RESPONSABILITÉS

Juin 2025

Table des matières

Introduction 5

PREMIÈRE PARTIE - L'indication opératoire : recommandations et prise en charge 7

I. La chirurgie bariatrique encadrée par les recommandations de la HAS 9

A. Les conditions d'éligibilité à la chirurgie 9
B. Le parcours de soins : une prise en charge optimale 11
C. La réunion de concertation pluridisciplinaire : un enjeu pour la qualité des soins 13

II. L'information spécifique au patient : obligations et responsabilités 15

III. La prise en charge des patients en extrême obésité 22

IV. Le rôle des organismes sociaux dans la prise en charge indemnitaire du patient 24

DEUXIÈME PARTIE - Les différentes étapes de la prise en charge périopératoire 27

I. Panorama des techniques chirurgicales 29

II. Complications per et périopératoires : prévention, détection et gestion 31

III. Sorties prématurées, quels sont les risques ? 36

TROISIÈME PARTIE - Le suivi postopératoire : le rôle des professionnels de santé et la gestion des complications 39

I. La coordination entre l'établissement et la médecine de ville 41

II. Le suivi postopératoire : enjeux cliniques et importance pour la santé du patient 43

A. L'intérêt du suivi 43
B. Les failles dans le suivi : cas des patients perdus de vue 46

III. De l'hôpital au retour à domicile : gestion des complications post-hospitalières 47

A. La problématique des carences vitaminiques et nutritionnelles 48
B. Les carences fonctionnelles 50

IV. De la perte de poids à la reconstruction : au-delà de la chirurgie bariatrique 51

V. Chirurgie bariatrique et grossesse : un parcours de soins à adapter 52

Conclusion **55**
Remerciements **57**
Bibliographie **59**
Annexes **61**

Introduction

En France, l'obésité représente un problème de santé publique majeur avec une prévalence qui a presque doublé en 25 ans.

Plus de 10 millions de personnes sont touchées par l'obésité[1], soit 18,1 % des adultes. Chez les jeunes adultes (9,2 % de 18 à 24 ans), l'obésité a été multipliée par 4 depuis 1997. Chez les enfants, l'obésité touche 34 % des 2 à 7 ans et 21 % des 8 à 17 ans.

Face à la hausse de l'obésité (jusqu'à 25 % en Europe d'ici 2030), notamment en lien avec l'obésité infantile et l'augmentation du diabète de type 2, la demande pour la chirurgie bariatrique s'est intensifiée ces dernières années.

Plus de 45 000 interventions sont réalisées chaque année avec un doublement du nombre d'opérations entre 2006 et 2011[2].

Sur le plan thérapeutique, la chirurgie bariatrique a d'abord été décrite en 1969 et a été démocratisée de façon importante à la fin des années 1990 avec l'avènement de la coelioscopie. Elle s'est imposée comme le traitement le plus efficace pour traiter l'obésité morbide.

En effet, il s'agit d'une intervention médicale destinée à traiter l'obésité sévère et ses complications métaboliques (comme le diabète de type 2, l'hypertension ou l'apnée du sommeil). Elle agit en modifiant l'estomac, l'intestin ou les deux afin de provoquer une perte de poids importante et durable.

Cette perte de poids a pour objectif d'améliorer la santé globale, la qualité de vie et les capacités physiques et sociales des patients.

Avec l'expérience et l'apparition de nouvelles techniques, les pratiques en chirurgie bariatrique ont considérablement évolué. Certaines techniques, autrefois dominantes comme la gastroplastie par anneau modulable, sont devenues marginales alors que d'autres comme la *sleeve gastrectomy* sont désormais les plus couramment utilisées dans plus de 50% des interventions. Ces évolutions s'expliquent par de meilleurs résultats en termes de perte de poids, d'amélioration des comorbidités et de réduction des complications.

Le Code de la santé publique, dans ses articles R.6123-208 à R.6123-212, encadre la pratique de la chirurgie bariatrique en y dédiant une section spécifique[3].

La Haute autorité de santé joue un rôle central dans l'encadrement de la chirurgie bariatrique. Elle définit les recommandations officielles et permet d'encadrer toutes les différentes phases de la chirurgie bariatrique, du préopératoire au postopératoire à court et long terme. Cet encadrement par la Haute autorité de santé permet une prise en charge globale des patients candidats et garantit un accès sécurisé, efficace et éthique pour cette opération qui est lourde de conséquence pour les patients. En effet, certaines peuvent nécessiter une réintervention.

[1] Chiffres de l'étude épidémiologique réalisée par la ligue nationale contre l'obésité.

[2] « *Chirurgie de l'obésité : risques et gestion des complications* », Maud ROBERT, Post'U (2016).

[3] Sous-section 3 : dispositions spécifiques à la chirurgie bariatrique.

La chirurgie bariatrique se distingue de la chirurgie esthétique qui peut tendre au même résultat concernant l'aspect physique du patient. Alors que la première est une chirurgie thérapeutique qui vise à traiter l'obésité sévère et les complications médicales, la seconde a pour but principal d'améliorer l'apparence physique.

Par ailleurs, la chirurgie esthétique[4] peut concerner toute personne souhaitant modifier une partie de son corps, alors que la chirurgie bariatrique ne concerne que les patients souffrants d'obésité morbide et rentrant dans les critères définis par la Haute autorité de santé. Toutefois, les deux chirurgies peuvent être complémentaires dans une prise en charge globale du bien-être après une perte massive de poids à la suite d'une chirurgie bariatrique.

Les estimations provenant des enquêtes épidémiologiques conduites sous l'égide de l'IFSO (*International Federation for The Surgery of Obesity*) montrent une augmentation du recours à la chirurgie bariatrique de 36 % entre 2008 et 2011, de seulement 17 % entre 2014 et 2016 et d'à peine 5 % entre 2016 et 2018.

La pandémie de Covid-19 survenue en 2020 a largement contribué à un moindre recours à la chirurgie bariatrique.

Les premières estimations font état d'une réduction d'environ 30 % pour la seule année 2020[5].

Face à l'ensemble des alternatives qui s'offrent au patient en situation d'obésité et aux risques multiples auxquels il s'engage, il est essentiel que la chirurgie bariatrique soit encadrée durant la phase préopératoire (I), pendant son hospitalisation (II) et également en postopératoire, tout au long de sa vie (III).

[4] L'arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 14 juin 2023 (n° 22-18.400), rappelle qu'il appartient aux juges du fond de se prononcer sur la finalité thérapeutique, reconstructrice ou esthétique d'une intervention, à l'origine d'une infection nosocomiale, lorsqu'ils déterminent le régime d'indemnisation ou de responsabilité applicable (les actes de chirurgie esthétique n'étant pas pris en charge par la solidarité nationale depuis la loi de financement de la sécurité sociale du 1er janvier 2015).

[5] Statistiques repris du site « *le diabète dans tous ses états* » by Précilab.

PREMIÈRE PARTIE

L’indication opératoire : recommandations et prise en charge

L'indication pour une opération en chirurgie bariatrique est envisagée pour les patients souffrant d'obésité sévère (obésité morbide), lorsque les traitements médicaux (comme les régimes, l'exercice et les médicaments) n'ont pas permis d'obtenir une perte de poids suffisante ou durable. Cette opération est donc réservée à un certain type de personnes qui doivent remplir des critères définis par les recommandations de la Haute autorité de santé.

Comme pour tout acte médical invasif, le patient doit être informé de manière claire et précise des risques d'une telle intervention mais également des effets indésirables qu'elle induit sur la vie quotidienne. Ce n'est qu'avec une information suffisante que le patient peut donner son consentement de manière éclairée.

I. La chirurgie bariatrique encadrée par les recommandations de la HAS[6]

En 2024, la Haute autorité de santé a actualisé les recommandations de bonnes pratiques émises en 2009. Ces recommandations concernent les patients adultes souffrant d'une obésité. Elles fixent les conditions d'éligibilité pour les patients candidats à cette chirurgie ainsi que les modalités du parcours de soin. Les recommandations prévoient également l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire en amont de l'intervention.

A. Les conditions d'éligibilité à la chirurgie

La Haute autorité de santé, dans ses fiches de bonnes pratiques[7], rappelle que la chirurgie bariatrique est une opération **de deuxième intention** c'est-à-dire après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique, en l'absence de perte de poids suffisante, ou en l'absence de maintien de la perte de poids.

Selon les recommandations, les conditions requises pour le traitement chirurgical sont les suivantes :

- Le patient doit être âgé de 18 à 60 ans. L'intervention peut toutefois être envisagée jusqu'à l'âge de 70 ans, sous réserve d'une évaluation approfondie de la balance bénéfices/risques.
- L'indice de masse corporelle (IMC) doit être supérieur à 40 kg/m² (IMC maximal atteint et objectivé lors d'une consultation) ou supérieur à 35 kg/m² lorsqu'il est associé à une comorbidité (hypertension artérielle, diabète, arthrose, apnée du sommeil, etc.).
- Il ne doit y avoir aucune contre-indication[8] à la chirurgie de l'obésité (âge inférieur à 18 ans, maladies graves et/ou évolutives : infectieuses (virus de l'immunodéficience humaine, Hépatites virales), cancéreuses, inflammatoires (Crohn, Rectocolites, etc.), troubles psychiatriques non stabilisés, addiction sévère à l'alcool ou aux stupéfiants, etc.).

De son côté, la jurisprudence est très attentive au respect de ces critères dans l'indication d'une chirurgie bariatrique.

[6] Cass. 2ème civ., 30 mai 2024, n° 22-23027 : Affaire des bébés secoués. Par cette décision, la Haute juridiction reconnait, pour la première fois, la valeur de diagnostic incontestable des recommandations de la Haute autorité de santé. Elle suit la position de la juridiction administrative.

[7] Fiche pratique de la HAS 2024 : « *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux, Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique* ».

[8] La Haute autorité de santé rappelle qu'une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication à la chirurgie bariatrique déjà planifiée, même si le patient a atteint un IMC inférieur au seuil requis.

Dans un jugement du **tribunal judiciaire de Lyon en date du 8 avril 2024 (n° 22/02956)**, l'expert rappelle que le recours à un geste de chirurgie bariatrique exige la réunion de plusieurs critères : « *IMC d'un certain niveau associé à une cause de comorbidité (hypertension artérielle, diabète, arthrose, apnée du sommeil), âge, ancienneté de la surcharge pondérale, échec des régimes alimentaires ou médicamenteux, absence de pathologie endocrinienne, compréhension et compliance du patient, absence de dépendance à l'alcool ou aux stupéfiants, risque opératoire acceptable ».*

À titre d'illustration, les juges du fond du **tribunal judiciaire de Bordeaux**, dans un **jugement du 6 mars 2024 (n° 22/00995)**, ont retenu la responsabilité d'un chirurgien digestif qui a commis plusieurs fautes et notamment lors de l'indication opératoire dans le cadre de la pose d'un by-pass laparoscopique. A la suite de nombreuses complications, la patiente a conservé de lourdes séquelles (état pauci-relationnel, déficit fonctionnel permanent 95 %). Selon l'expert, l'arrêt cardiaque de la patiente survenu lors de l'intervention chirurgicale est consécutif à une embolie pulmonaire qui serait la conséquence de fautes commises par le praticien. En effet, l'expert considère que l'indication opératoire n'était pas conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé en ce que l'indice de masse corporelle calculé par le chirurgien était exagéré et qu'en tout état de cause, il ne dépassait pas 40 kg/m² de sorte qu'il n'y avait pas lieu, en l'absence de comorbidité associée, à une indication de chirurgie bariatrique ; l'expert considère en effet que l'existence d'un diabète de type II sévère et déséquilibré invoqué par le médecin ne résulte d'aucun élément médical factuel transmis à l'expert. Par ailleurs, selon les juges, il ressort que la taille de la patiente a été mesurée parfois à 1,54 m, parfois à 1,56 m et parfois 1,60 m. Son poids évolue entre 80,5 kg et 84 kg. Seules les mesures du praticien qui est le seul à avoir mesuré la patiente à 1,54 m, aboutissent à un IMC supérieur à 35, à savoir 35,5. Tous les autres intervenants ont retenu une taille supérieure et mesuré un IMC inférieur à 35.

De même, **dans une décision de la Cour d'appel de Bourges du 31 octobre 2024 (n° 23/01078),** les juges du fond ont retenu la responsabilité du chirurgien viscéral pour ne pas avoir respecté une des conditions émises par la Haute autorité de santé dans ses recommandations. En effet, dans cette affaire, même si l'indice de masse corporelle de la patiente s'élevait à 47, ce qui constitue la première condition permettant la réalisation d'une chirurgie bariatrique, la seconde condition cumulative prévue par la Haute autorité de santé, en l'occurrence l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapique bien conduit après 6 à 12 mois, n'a pas été remplie : *« En conséquence, c'est à juste titre que le premier juge a retenu qu'en décidant de pratiquer une sleeve gastrectomie sur la personne de Madame [F] sans s'être assuré de la mise en place préalable du traitement recommandé par la Haute autorité de santé, le docteur [M] avait commis une faute au sens de l'article L. 1142-1 I du Code de la santé publique ».*

De plus, comme le prévoit la Haute autorité de santé dans ses recommandations, le choix du médecin d'indiquer une intervention de chirurgie bariatrique doit prendre en compte les antécédents médicaux de la victime pour s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indications. De ce fait, le médecin doit privilégier la technique opératoire la plus adaptée à l'état de santé du patient.

À titre d'exemple, citons le jugement du tribunal administratif d'Orléans du 12 décembre 2024 (n° 2101299). Dans cette affaire, les juges du fond retiennent la responsabilité du Centre hospitalier dans lequel la patiente a été opérée pour défaut de

prise en charge de l'obésité de cette dernière qui n'a pas été conforme aux règles de l'art : *« Il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise diligentée dans le cadre de la procédure de règlement amiable, que le choix d'une intervention pour la réalisation d'un by-pass n'était pas adapté à la situation de Mme B, au regard de ses antécédents médicaux. La requérante, qui souffrait d'une obésité morbide à la suite de trois grossesses, a initialement consulté pour une chirurgie bariatrique et ce alors qu'elle souffrait de diarrhées persistantes depuis 2009. Il lui a alors été proposé, sans envisager d'autres alternatives notamment nutritionnelles ou la réalisation d'une sleeve gastrectomie, un by-pass gastrique lequel est, selon les conclusions de l'expert, source possible d'une aggravation de la diarrhée dès lors qu'il s'agit de réaliser un " court-circuit " sur l'intestin grêle. »*

Par ailleurs, le chirurgien doit s'assurer en amont que les motivations du patient pour réaliser l'acte sont **uniquement médicales**.

Une fois ces conditions remplies, un parcours de soin préopératoire adapté à chaque cas est proposé pour minimiser les complications chirurgicales et optimiser le résultat à moyen et long terme.

B. Le parcours de soins : une prise en charge optimale

1. Une prise en charge de minimum 6 mois

La prise en charge des futurs patients à une intervention de chirurgie bariatrique doit s'intégrer dans le cadre d'une prise en charge médicale globale du patient en situation d'obésité.

Par ailleurs, les recommandations de la Haute autorité de santé de 2024 indiquent qu'une prise en charge médicale doit avoir lieu pendant une **durée minimum de 6 mois** (afin de justifier la prise en charge opératoire en cas d'échec du traitement de première intention). Si ce délai minimum n'est pas respecté, la responsabilité du chirurgien peut être recherchée.

La jurisprudence impose ce principe du délai minimum de 6 mois.

En effet, dans le **jugement du tribunal judiciaire de Bordeaux du 6 mars 2024 (n° 22/00995)**, les juges ont retenu la responsabilité du chirurgien digestif notamment parce qu'il n'a pas respecté ce délai.

En l'espèce, l'expert retient que l'indication chirurgicale posée par le praticien, à l'issue de la réunion pluridisciplinaire a été posée avant six mois d'une prise en charge avec traitement médical nutritionnel diététique et psychothérapeutique.
Une seule réunion pluridisciplinaire a eu lieu à moins de 4 mois du début de suivi de la patiente. Par ailleurs, aucun traitement médical et encore moins un suivi psychiatrique et psychologique d'au moins 6 mois a été proposé à la patiente avant d'envisager la chirurgie bariatrique. Selon les juges, « *ces fautes sont indiscutablement en lien avec le préjudice de la patiente qui résulte d'un accident médical survenu 10 jours après l'intervention ».*

Cela a été notamment le cas dans un dossier de chirurgie bariatrique instruit par une Commission de conciliation et d'indemnisation.

Dans son **avis du 12 juin 2024**, cette Commission a jugé que l'indication chirurgicale initiale n'était pas valide. Elle retient alors la responsabilité du chirurgien au motif que le délai minimum de 6 mois pour effectuer le traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique n'était pas respecté. En l'espèce, seulement 5 mois se sont écoulés entre la prise en charge initiale et l'indication chirurgicale. Selon la Commission, l'intervention n'était pas licite et donc pas justifiée.

Ainsi, il est essentiel de rappeler l'importance de ce délai minimum de 6 mois pour le parcours global du patient.

2. Les différentes étapes de la prise en charge

La Haute autorité de santé recommande également la réalisation de différents examens et consultations spécialisées qui s'étalent sur plusieurs mois.

Tout d'abord, le candidat à l'opération doit rencontrer une équipe pluridisciplinaire avec divers professionnels de santé afin de préparer au mieux l'intervention (généraliste, cardiologue, pneumologue, endoscopie, échographie). Le futur patient doit subir également un bilan de santé complet avec un bilan préopératoire et pré-anesthésiste.

Dans un jugement du **tribunal judiciaire de Lyon en date du 8 avril 2024 (n° 22/02956)**, l'expert rappelle que le recours à un geste de chirurgie bariatrique indique que le patient doit se soumettre à un bilan préopératoire requérant la contribution de nombreuses disciplines : pneumologie, cardiologie, endocrinologie, diététique, psychiatrie, gastro-entérologie.

Ensuite, il fera l'objet de divers accompagnements :

- Un accompagnement nutritionnel : avec un diététicien ou un médecin nutritionniste, le patient abordera les habitudes alimentaires.
- Le but étant d'identifier les moyens d'adapter et d'améliorer l'alimentation en fonction du type de chirurgie.
- Un accompagnement en santé mentale : le psychologue ou le psychiatre aborde l'histoire, le vécu, les souffrances, etc.
- Un accompagnement d'activité physique adapté : un professionnel de l'activité physique adaptée (APA) proposera de faire un bilan et des séances d'activité physique adaptée.
- Accompagnement complémentaire : addictologue, kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute.
- La participation à un programme ou à des séances d'éducation thérapeutique : l'objectif de ce programme étant de mieux connaitre et comprendre l'obésité et les enjeux de la chirurgie, se préparer ainsi que les proches à la chirurgie et ses effets sur le quotidien et l'image corporelle, d'acquérir des connaissances sur son état général, de bénéficier d'un soutien et de temps pour identifier les habitudes de vie à adapter, d'acquérir des compétences pour se prodiguer des soins, d'identifier les ressources existantes en cas de doute, de confirmer le choix de bénéficier d'une chirurgie ou de choisir une autre option.

Le patient aura également la possibilité de rencontrer et d'échanger avec d'autres personnes qui ont été opérées.

La décision d'un geste de chirurgie bariatrique est discutée lors d'une confrontation multidisciplinaire clôturant un parcours de soins et une prise en charge également multidisciplinaire et adaptée au patient.

C. La réunion de concertation pluridisciplinaire : un enjeu pour la qualité des soins

Selon l'article **R.6123-211** du Code de la santé publique, *« le titulaire de l'autorisation sous la modalité " chirurgie bariatrique " dispose d'une organisation qui permet de délivrer à chaque patient un avis validant la prise en charge chirurgicale, fondé sur une concertation pluridisciplinaire et traduit dans un programme personnalisé de soins remis au patient ».* Autrement dit, la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et d'un programme de soins personnalisé est obligatoire pour obtenir l'autorisation d'exercer en chirurgie bariatrique. Ainsi, le médecin doit engager une démarche de décisions collégiales sur la chirurgie bariatrique.

Dans l'affaire du **tribunal judiciaire de Lyon en date du 8 avril 2024 (n° 22/02956)**, les juges du fond rappellent l'importance de l'évaluation pluridisciplinaire.

En l'espèce, l'expert n'a pas retenu de faute dans l'indication opératoire au motif que, même si le bilan peropératoire était incomplet et avec des comorbidités peu claires en raison de recherches insuffisantes, l'indication opératoire avait été validée sans remarque par l'organisme de sécurité sociale.
Toutefois, les juges du fond critiquent cette position en rappelant qu'il n'appartient pas à la caisse de sécurité sociale de confirmer l'indication opératoire. En revanche, les juges déduisent du rapport d'expertise que l'intervention n'était pas indiquée en présence d'une patiente non soumise à une évaluation pluridisciplinaire complète permettant de constater la réunion de tous les critères requis.

Dans un **jugement du tribunal judiciaire de Bordeaux du 6 mars 2024 (n° 22/00995)**, les juges retiennent la responsabilité du médecin en soulignant l'importance de la concertation pluridisciplinaire préopératoire.

En l'espèce, selon les juges du fond, *« le docteur V., qui a dès sa première rencontre avec la patiente a évoqué « une chirurgie de type by-pass » […] s'est orienté vers cette chirurgie en première intention sans procéder « par décision collégiale prise après discussion et concertation pluridisciplinaire » à l'issue de cette nécessaire période de mise en œuvre d'autres moyens que la chirurgie. ».* Cette affaire illustre l'importance de la réunion de concertation pluridisciplinaire dans la décision.

Dans une autre affaire du **tribunal judiciaire de Marseille, du 21 décembre 2023 (n° 21/06391**), l'ONIAM a contesté son intervention au motif que la patiente avait déjà bénéficié de la pose d'un anneau gastrique et qu'elle ne remplissait plus les critères pour bénéficier d'une chirurgie bariatrique puisque son IMC ne pouvait pas être de 42,4. Les juges du fond constatent qu'il ressort des recommandations de la HAS que la réalisation d'une seconde procédure de chirurgie bariatrique restrictive ou malabsorptive est indiquée en cas d'échec de la chirurgie bariatrique ou de dysfonctionnement du montage chirurgical et que dans ce cas un IMC inférieur à 35 ne contre-indique pas la réintervention. **Dans la mesure où la chirurgie a été décidée collégialement après discussion et concertation pluridisciplinaire, conformément aux recommandations de la HAS, et que l'indication opératoire était justifiée du fait du glissement de l'anneau posé et de l'IMC maximal de 42,4 de la patiente, le Tribunal ne retient aucune faute à l'encontre du praticien libéral.**

Par ailleurs, les recommandations émises par la Haute autorité de santé en 2024, et dans la continuité de celles de 2009, préconisent d'effectuer une évaluation psychologique et psychiatrique préopératoire qui doit concerner tous les patients candidats à la chirurgie bariatrique.

Le spécialiste de l'obésité consulté doit fournir les coordonnées d'une équipe qui dispense une éducation thérapeutique spécifique à la chirurgie bariatrique à proximité du domicile. Il existe également des associations de patients.

Ces séances d'éducation thérapeutique permettent au patient de rencontrer une équipe pluridisciplinaire dont notamment un psychologue ou un psychiatre qui est formé aux situations des personnes suivies en chirurgie bariatrique.

L'évaluation psychologique doit concerner l'ensemble des candidats à la chirurgie bariatrique. Ces entretiens vont permettre d'aborder toute l'histoire du patient. Il est important de cerner les éventuelles souffrances du patient et notamment les éventuels troubles du comportement alimentaire, mais encore les relations quotidiennes, personnelles, sociales et familiales. Les craintes du patient face à l'intervention chirurgicale doivent également être abordées.

L'entretien clinique peut être complété si besoin de tests supplémentaires. Les séances d'accompagnement peuvent être coanimées, notamment avec un diététicien.

Le psychologue ou le psychiatre doit évaluer avec le patient la capacité que ce dernier a à surmonter les contraintes liées à l'intervention en question. Il est essentiel lors de ces entretiens que le patient échange librement avec le professionnel. Une relation de confiance doit se créer.

Le psychologue ou le psychiatre qui suit le patient est consulté par le chirurgien qui va prendre la décision finale d'opérer en collaboration avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans le cadre d'une situation complexe, le psychologue doit participer autant que nécessaire aux réunions d'analyse pluriprofessionnelle.

Un suivi psychologique est aussi important après l'intervention chirurgicale afin d'évaluer le retentissement psychologique sur la vie du patient (*confère troisième partie*).

Ainsi, la décision chirurgicale doit faire l'objet d'une discussion collégiale avant d'être proposée au patient. En cas de non-respect de ces obligations, la responsabilité des acteurs de santé peut être mise en cause. Dans la mesure où il prend la décision de la réalisation de l'intervention, la responsabilité du chirurgien est nécessairement engagée.

A titre d'illustration jurisprudentielle :

CA Lyon, 9 décembre 2021 (n° 19/03120) : La recommandation selon laquelle l'indication d'intervention chirurgicale bariatrique doit être prise de manière collégiale n'a pas été respectée par le chirurgien. Les juges du fond retiennent la responsabilité de ce dernier.

En l'espèce, Mme X a été opérée par M. S d'un by-pass gastrique jéjunal en oméga par coelioscopie. La nuit même de sa sortie de la clinique, Mme X est conduite aux urgences de ce même établissement en raison de douleurs importantes et d'une gêne respiratoire. Il a alors été constaté une collection pré-gastrique justifiant une reprise chirurgicale immédiate par M. S. qui a réalisé un second look laparoscopique pour collection intra abdominale.
En état de choc septique, Mme X. a ensuite été transférée au service de réanimation d'un centre hospitalier. Elle a contracté une infection nosocomiale.

« Il est ainsi établi que si M. S. a pris soin d'inviter Mme X., à prendre attache avec une diététicienne, un psychiatre ou un médecin O.R.L. avant même de poser définitivement l'indication opératoire de bypass, la recommandation de la Haute autorité de santé, émise pourtant dès 2009, tendant à la mise en place, avant toute décision tendant à poser l'indication d'intervention chirurgicale bariatrique, d'une réflexion menée par une équipe pluridisciplinaire n'a pas été respectée puisque d'une part aucun médecin spécialiste de l'obésité (nutritionniste, endocrinologue ou interniste) et aucun anesthésiste-réanimateur n'a reçu en consultation la patiente et aucune concertation n'a été menée entre les spécialistes consultés, aucune communication à la patiente et à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et au médecin traitant des conclusions de cette concertation n'ayant ainsi été assurée.

L'absence de respect par M. S. de cette recommandation constitue une faute qui a d'une part, privé Mme X. d'une information lui offrant la faculté de refuser en toute connaissance de cause l'intervention et de ne pas subir les dommages qui s'en sont suivis et d'autre part, privé le chirurgien de disposer d'un avis pluridisciplinaire éclairé sur l'indication opératoire de bypass gastrique, de sorte que ce manquement est en lien de causalité avec le dommage. »

TA Strasbourg, 23 avril 2024, (n° 2200541) : En l'espèce, si la patiente répondait au critère de sévérité de l'obésité, les réunions de consultation pluridisciplinaire se sont prononcées en défaveur de l'intervention chirurgicale en considération de l'âge de la patiente, de son éloignement géographique et de l'avis du psychiatre. Le seul fait que le patient ait pu bénéficier de l'intervention souhaitée dans un établissement de santé privé ne préjuge pas d'un manquement des praticiens parties aux réunions de consultation pluridisciplinaire aboutissant au refus d'intervenir.

CAA Lyon, 28 mai 2014, (n° 11LY24163) : à l'aune des recommandations de la HAS de 2009, l'absence de réunions de consultation pluridisciplinaire n'était pourtant pas nécessairement fautive si l'indication chirurgicale et le choix thérapeutique retenu par le chirurgien étaient conformes à l'état du patient.

À l'inverse, les avis pris à des dates différentes de plusieurs professionnels de santé ne constituent pas une réunion de consultation pluridisciplinaire **(TJ Marseille, 1er février 2024, n° 20/07455).**

II. L'information spécifique au patient : obligations et responsabilités

Depuis la loi du 4 mars 2002, l'information du patient constitue un préalable nécessaire et indispensable à la réalisation de tout acte d'investigation et de thérapeutique. Il s'agit d'une obligation générale d'information qui pèse sur tous les professionnels de santé.

Comme l'ont rappelé la jurisprudence et les dispositions des articles **L.1111-2** et **R.4127-35 du Code de la santé publique :** *« 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 » ; « 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 ».

Du côté de la jurisprudence, les deux ordres de juridiction, administratif et judiciaire, ont substitué au critère statistique un critère relatif à la gravité intrinsèque du risque, imposant au médecin d'informer le patient de tout risque grave, même lorsque celui-ci est exceptionnel[9] sous réserve que ce risque soit connu.

En matière de chirurgie bariatrique, il existe certaines obligations spécifiques et l'obligation d'information est renforcée au regard de la complexité de l'intervention.

➢ Le contenu et les modalités de délivrance de l'information

Déjà en 2009, l'un des objectifs des recommandations de la HAS résidait dans l'amélioration de la sélection, de l'information et de la préparation des patients.

Selon les recommandations 2024 de la HAS, l'information du patient doit porter sur :

- Les risques d'obésité
- Les différents moyens de prise en charge
- Les différentes techniques chirurgicales (leur principe, les bénéfices respectifs, les risques et inconvénients)
- Les limites de la chirurgie
- Les bénéfices et inconvénients de la chirurgie sur la vie quotidienne
- Les bénéfices et inconvénients en matière de grossesse et contraception
- La nécessité d'une modification du comportement alimentaire et du mode de vie
- La nécessité d'avoir une activité physique régulière et adaptée
- La nécessité d'un suivi médical et chirurgical à vie
- Le soutien possible d'associations de patients
- La possibilité du recours à la chirurgie réparatrice ou reconstructrice 18 à 24 mois après la stabilisation du poids

Ainsi, l'information doit être large et complète et le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension par le patient des conséquences de l'intervention pour son quotidien.

L'information du patient doit respecter ces différentes étapes[10] :

1. Délivrer et échanger des informations sur la chirurgie bariatrique, répondre aux questions du patient.
2. Écouter et échanger sur les effets de la chirurgie et les conditions de réussite.
3. Comprendre ce que souhaite le patient et ses craintes.
4. Inviter le patient à exprimer les enjeux liés à son projet de chirurgie.
5. Communiquer des informations complémentaires et un temps de réflexion.
6. Éclaircir avec le patient sa décision d'être opéré et le choix de la technique.
7. Résumer la situation et les étapes à parcourir d'ici l'intervention.

[9] CE, 20 novembre 2020, n° 419778 : Le professionnel de santé est tenu à une information sur tous les risques graves de l'acte médical, indépendamment de leur fréquence de réalisation statistique, donc même exceptionnels, sous la seule réserve que ce risque soit connu. Il est également tenu, selon l'article L.1111-2 du Code de la santé publique, à une information sur les risques fréquents même dépourvus de gravité.

[10] Recommandations de la HAS, 2024.

➢ La nécessité d'un consentement éclairé

Le parcours préopératoire du patient doit intégrer une information renforcée afin d'obtenir son **consentement éclairé**[11] pour le geste chirurgical, mais aussi pour favoriser l'adhésion aux recommandations postopératoires.

Une note au dossier médical, permettant la traçabilité de tous ces éléments, permettra le cas échéant de rapporter ultérieurement que le consentement a été correctement recueilli.

Ainsi, un vrai dialogue doit s'instaurer entre le chirurgien et son patient. Ce dernier doit être informé, de manière claire, loyale et adaptée, des différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques[12] fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus de l'intervention.

A défaut, la responsabilité du médecin ou de l'établissement de santé peut être mise en cause. C'est le cas dans une affaire jugée par le **tribunal administratif d'Orléans du 12 décembre 2024 (n° 2101299)**, dans laquelle la patiente, bien qu'informée, lors d'un entretien avec le chirurgien, des *« modalités opératoires et des complications potentielles chirurgicales et anesthésiques en détail »*, n'a pas été informée des conséquences sur son état de santé de la réalisation d'un by-pass compte tenu de ses antécédents médicaux et en particulier de l'aggravation de ses troubles digestifs. De même, dans une affaire du **Tribunal de grande instance de Melun du 3 septembre 2013 (n° 12/02117)**, les juges ont retenu la responsabilité du médecin au motif qu'un schéma manuscrit sur une feuille libre n'est pas de nature à permettre une information claire et suffisante sur les risques inhérents à l'intervention pour recueillir un consentement éclairé de la patiente à la chirurgie bariatrique proposée.

Le patient doit également être informé des risques d'échec de l'intervention.

En cas de manquement à ce devoir d'information, la responsabilité du chirurgien peut être mise en cause. Le patient pourra demander une indemnisation au titre d'un préjudice d'impréparation et/ou d'une perte de chance selon la nature et la portée du défaut d'information.

Dans un **jugement du tribunal judiciaire de Paris du 12 décembre 2022 (n° 19/14956),** les juges du fond retiennent la responsabilité du chirurgien pour défaut d'information sur les risques et les complications de l'opération. En l'espèce, la patiente, présentant une obésité morbide, a été opérée d'une réduction de l'estomac de type "sleeve gastrectomy" (chirurgie irréversible). Quatre jours après sa sortie de l'hôpital, elle a été admise aux urgences en raison d'une péritonite généralisée secondaire à la diffusion d'un abcès au contact de la ligne d'agrafes de la suture gastrique. L'intervention s'est compliquée par la suite en raison de défaillances hémodynamiques et rénales importantes associées à une pneumopathie et un syndrome de détresse respiratoire aiguë ayant nécessité une trachéotomie. Dans son rapport, l'expert a indiqué : *« Il est clairement apparu lors de l'expertise que les risques de l'intervention, en particulier le risque de fistule et le risque de mortalité n'ont pas été exposés à Madame S. ».*

[11] Article L.1111-4 du Code de la santé publique.

[12] Cette information implique d'expliciter les risques précis, notamment par la remise d'une brochure exhaustive (confère Cass. 1ère civ., 6 février 2013, n° 12-17-423).

Ainsi, dans cette affaire, les juges du fond retiennent, au regard des conclusions de l'expert et des positions respectives des parties, un manquement au devoir d'information donnant lieu à l'indemnisation d'un préjudice d'impréparation.

C'est également en ce sens que la **Cour d'appel de Paris**, dans une décision du **14 septembre 2017 (n° 15/24344),** a retenu la responsabilité d'un praticien pour manquement à son devoir d'information.

Mme E Y., souffrant d'obésité morbide, a consulté le docteur X afin de subir une chirurgie bariatrique consistant en la pose d'un by-pass gastrique. Après avoir fait réaliser diverses analyses médicales, le docteur X a procédé à la pose d'un mini gastric by-pass en oméga. Peu après l'intervention, M^{me} Y a présenté des vomissements répétés et incoercibles. Le praticien a pris la décision d'une nouvelle intervention et a remplacé le mini by-pass par un 'by-pass en Y'. En dépit de cette opération, les vomissements ont persisté et la patiente a présenté des troubles de la marche avec un déficit moteur. Elle a par la suite subi de nombreux troubles nécessitant notamment son hospitalisation en neurologie et en psychiatrie.

Selon la patiente, le docteur X a manqué à son devoir d'information sur les risques de l'intervention.

Même si plusieurs éléments permettent d'affirmer que la patiente, a reçu une information conforme aux prescriptions légales sur un grand nombre de risques découlant de la chirurgie bariatrique envisagée, selon les experts médicaux, la preuve n'est pas rapportée que M^{me} Y a été renseignée sur les risques de complications neurologiques susceptibles de se développer dans 4,6 % des cas. Or, s'agissant de risques graves susceptibles d'entraîner une invalidité, la seule circonstance que ces risques ne sont pas fréquents est sans incidence sur l'obligation d'en informer le patient. Il n'est pas non plus établi que M^{me} Y a été avertie de l'importance capitale d'un bilan psychiatrique avant toute chirurgie de ce type.

Ainsi, les juges du fond retiennent la responsabilité du docteur X pour manquement à son obligation d'information et de conseil. La patiente obtient alors une indemnisation au titre d'un préjudice moral résultant d'un défaut de préparation psychologique aux risques encourus.

CA Limoges, 1er juillet 2021 (n° 20/00313) : En cause d'appel comme en première instance, Madame C recherche la responsabilité civile du Docteur A, notamment pour manquement à son devoir d'information, à la suite de complications survenues après une opération de chirurgie bariatrique.

Ici, les juges retiennent la responsabilité du chirurgien qui aurait dû connaître et informer la patiente des risques de complications au regard des antécédents médicaux de celle-ci.

« Le défaut d'information de Madame C sur le risque de nécrose attaché au type d'intervention qu'elle avait projeté de subir, est caractéristique d'une faute imputable au Docteur A, qui connaissant le tabagisme important auquel cette patiente s'adonnait depuis de nombreuses années se devait :
— de prendre en compte ce tabagisme actif comme facteur favorisant la survenue d'une nécrose tissulaire dans les suites d'une dermolipectomie abdominale, et ce d'autant que selon le Docteur
D, la survenue d'une nécrose tissulaire dans les suites d'une dermolipectomie abdominale est une complication connue
— de donner à Madame C une information appropriée destinée à l'éclairer sur les facteurs de risque qu'elle présentait, et notamment sur le risque accru de nécrose lié à sa consommation massive de tabac.

La faute d'information ainsi commise par le Docteur A est de nature à engager sa responsabilité civile. Le jugement querellé sera donc réformé en ce qu'il a considéré qu'aucune faute d'information ne pouvait être reprochée au Docteur A ». La patiente sera indemnisée d'un préjudice d'impréparation ainsi que d'une perte de chance.

Toutefois, dans certaines situations d'urgence, l'information, qu'elle ait été donnée ou pas, n'aurait rien changé au fait que l'intervention était nécessaire. Dans un tel cas, le juge ne retiendra pas de perte de chance.

A titre d'illustration :

Avis CCI du 27 septembre 2023 : En l'espèce, un patient a bénéficié d'un by-pass au cours duquel une fistule est apparue. Le patient avait signé un consentement mais mentionnant uniquement les complications nutritionnelles à long terme. Les complications auraient dû faire l'objet d'une information notamment compte tenu de leur gravité. Cependant, **la situation du patient était tellement grave qu'il ne pouvait pas se soustraire à l'intervention chirurgicale. Il n'a donc pas été privé d'une chance.** En revanche, ce défaut d'information a fait obstacle à ce qu'il puisse envisager et se préparer à la réalisation de cet éventuel risque. Un préjudice d'impréparation peut donc être retenu.

Le chirurgien n'est pas dispensé de cette obligation d'information même si cette information est délivrée par d'autres professionnels que la patiente avait consultés auparavant.

Ce principe a été rappelé par la **Cour d'appel de Poitiers, dans une décision du 12 avril 2022, (n° 20/01637).** En l'espèce, Mme A., souffrant d'obésité morbide, a subi un by-pass gastrique après l'échec d'un anneau gastrique.

Une hémorragie peropératoire a nécessité une interruption de l'opération, suivie d'une réintervention en urgence. Après sa sortie, elle a présenté un essoufflement inexpliqué, puis des douleurs abdominales révélant une éventration, confirmée en urgence. Face à des avis médicaux divergents sur la prise en charge, elle a finalement été opérée par laparotomie.

La patiente met en cause la responsabilité du chirurgien notamment pour défaut d'information sur les risques de l'intervention. Il incombe à ce dernier de rapporter la preuve qu'il a bien délivré l'information. Or, en l'espèce, la seule preuve que le docteur Y rapporte de la délivrance de l'information consiste en un document signé de M^{me} A qualifié 'feuille de consentement'.
Pour les juges du fond :

- D'une part, l'information était purement générale, et manifestement stéréotypée. Elle ne contenait aucune précision sur la nature des risques fréquents ou graves normalement prévisibles et particulièrement sur ceux, survenus, d'une hémorragie intrapéritonéale sur plaie du mésentère et d'une éventration douloureuse consécutive ;
- D'autre part, l'information n'a pas été préalable dans la mesure où elle a été donnée le jour même de l'intervention (dans des conditions où l'intervention était décidée, imminente, et difficilement récusable), ne permettant pas une véritable réflexion sur les risques encourus.

De plus, selon les juges, « *il est inopérant, pour le docteur Y, de soutenir que M^{me} A avait déjà reçu une information d'autres médecins qu'elle avait consultés auparavant, le devoir d'information incombant à chaque praticien pour l'acte individuel de prévention, diagnostic ou soins qu'il envisage, et donc en l'occurrence ici pour la dérivation gastrique proposée à M^{me} A.* »

Ainsi, les juges retiennent la responsabilité du praticien pour manquement à son devoir d'information et accordent une indemnisation à la patiente au titre d'une perte de chance.

Par ailleurs, l'information doit porter sur des risques connus c'est-à-dire **suffisamment documentés par la littérature médicale au moment de l'acte.**

C'est en ce sens que la **Cour administrative d'appel de Lyon du 25 août 2020 (n° 18LY03429**) a écarté la responsabilité d'un médecin mise en cause pour manquement à son devoir d'information.

Dans cette affaire, Mme A. a subi une intervention de "sleeve gastrectomie" en novembre 2013. A la suite de l'opération, elle a présenté des troubles digestifs importants. Elle a soutenu que le centre hospitalier n'avait pas respecté son obligation d'information concernant ces risques. Cependant, le rapport d'expertise a révélé que ces complications étaient peu documentées à l'époque de l'intervention. La cour a conclu que le risque en question n'était pas suffisamment connu en 2013 pour que le médecin soit tenu d'en informer la patiente : *« Toutefois, en cas d'accident, **le juge qui constate que le patient n'avait pas été informé du risque grave qui s'est réalisé doit notamment tenir compte, le cas échéant, du caractère exceptionnel de ce risque, ainsi que de l'information relative à des risques de gravité comparable qui a pu être dispensée à l'intéressé, pour déterminer la perte de chance qu'il a subie d'éviter l'accident en refusant l'accomplissement de l'acte**. (…)*
***L'obligation d'information incombant au médecin ne pouvait porter que sur des risques suffisamment documentés par la littérature médicale, ce qui n'était pas le cas en l'espèce dès lors que l'article précité de 2013 constituait une première évocation de cette complication dans la littérature médicale**. Par suite, Mme A... ne peut sérieusement soutenir, qu'à la date à laquelle elle a fait l'objet de l'intervention, le risque qui s'est réalisé de troubles intenses de l'évacuation gastrique résultant de la sleeve gastrectomie était connu des praticiens spécialisés dans la chirurgie bariatrique et que ceux-ci étaient, en conséquence, tenus d'en informer leur patient.*

*Il s'ensuit que **Mme A... n'est pas fondée à rechercher la responsabilité en raison d'un défaut d'information des risques résultant de l'intervention du 19 novembre 2013 ».***

Par ailleurs, la question du consentement du patient peut également se poser en cas de changement de technique opératoire pendant l'intervention :

CAA Paris, 1er avril 2025 (n° 24PA01291) :

Mme C., souffrant d'obésité morbide depuis l'enfance, a subi une sleeve gastrectomie le 15 mars 2017 au sein d'un GHI. Lors de l'intervention, une perforation de l'estomac a conduit à une gastrectomie totale imprévue avec anastomose œso-jéjunale. Après son hospitalisation jusqu'au 31 mars 2017, elle a repris le travail en juin 2017. Considérant qu'une faute médicale a été commise, elle a demandé une indemnisation, rejetée en mai 2018. Après expertise, le tribunal administratif a condamné l'hôpital à indemniser Mme C en février 2021, une décision contestée en appel par l'établissement et son assureur.

La cour d'appel rappelle que « *doivent être portés à la connaissance du patient, préalablement au recueil de son consentement à l'accomplissement d'un acte médical, les risques connus de cet acte qui, soit présentent une fréquence statistique significative, quelle que soit leur gravité, soit revêtent le caractère de risques graves, quelle que soit leur fréquence* ».

Pour retenir qu'aucun manquement à l'obligation d'information ne pouvait être retenu à l'encontre de l'établissement, la cour d'appel retient que « *l'éventualité d'une gastrectomie totale, qui n'est pas un risque médical associé à la " sleeve gastrectomie ", n'avait pas à être portée à la connaissance de Madame C. avant l'intervention, alors au demeurant qu'il s'agissait d'une alternative évoquée lors des consultations préopératoires ».*

Dans l'arrêt de la **Cour d'appel de Toulouse, du 8 novembre 2021 (n° 19/04433)**, la responsabilité du chirurgien a été retenue. En l'espèce, la patiente a été opérée sous coelioscopie pour la réalisation d'un by-pass. La patiente s'est plaint d'avoir perdu trop de poids et reproche au chirurgien que la description dans le compte-rendu opératoire ne correspond pas à l'intervention qui a eu lieu. La patiente qui devait être opérée pour une diversion duodénale, a été traitée par un by-pass gastrique. Ce changement de technique opératoire a été opéré sans même que la patiente soit informée et sans qu'elle remplisse les critères pour une telle intervention de chirurgie bariatrique. Cette initiative prise par le chirurgien est considérée comme une erreur fautive dans le choix thérapeutique et l'acte chirurgical générateur d'un préjudice corporel direct et certain pour la patiente.

Toutefois, la responsabilité du chirurgien pour défaut d'information a toujours été écartée dans les cas suivants :

CA Bordeaux, 12 avril 2022 (n° 19/02546) : sur la mise en cause du défaut d'information du chirurgien, sa responsabilité a été écartée : *« C'est donc à bon droit que le premier juge a considéré que si le consentement donné à l'opération par M^me^ Z reste général, il est intervenu un mois après un parcours disciplinaire préopératoire au cours duquel elle a subi une endoscopie digestive haute, un bilan cardiologique, un bilan radiologique, un bilan biologique complet, une consultation psychiatrique et une consultation anesthésique, que le docteur Y a transmis à l'expert les informations écrites destinées au patient comportant l'ensemble des informations relatives à la technique de l'anneau et du by-pass de façon claire et intelligible.*

Dès lors, le jugement qui a constaté que le docteur Y a rapporté la preuve de la délivrance de l'information et a débouté Mme Z de sa demande au titre du préjudice d'impréparation sera confirmé ».

Tribunal administratif de Marseille du 23 octobre 2024, (n° 2203842) : Dans cette affaire, les juges ne retiennent pas la responsabilité du chirurgien pour défaut d'information.
*« En l'espèce, Mme B a signé le **formulaire de consentement** à l'opération de sleeve gastrectomie le 30 mai, celle-ci ayant ainsi déclaré consentir à cette opération dont la nature, les buts poursuivis, les effets secondaires et les éventuelles complications de l'opération et du traitement lui ayant été expliqués par son médecin tout comme les risques liés à l'anesthésie. En outre, il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise, que Mme B a rencontré à plusieurs reprises son médecin, qu'elle a reçu toute l'information nécessaire sur les différentes techniques chirurgicales et que son consentement a été donné après cette information. D'ailleurs, les doléances de Mme B, qui ont été jointes au dossier d'expertise, viennent confirmer ce dernier point puisqu'elle déclare avoir discuté avec le médecin de la solution la plus adaptée à son problème et que le choix de l'intervention lui a alors paru le plus adapté. Enfin, le rapport d'expertise mentionne la ferme intention de Mme B de bénéficier de l'intervention chirurgicale, connaissance acquise des possibles complications inhérentes à celle-ci. Ainsi, il résulte de tout ce qui précède qu'aucun manquement à l'obligation d'information ne peut être retenu de la part de l'hôpital ».*

Même si le médecin communique une information orale à son patient, cette information doit être formalisée par écrit via un formulaire de consentement éclairé et une fiche d'information. Ainsi, il sera plus aisé pour le médecin mis en cause pour défaut d'information de rapporter la preuve de la bonne délivrance de l'information.

Tribunal de grande instance de Melun du 3 septembre 2013 (n° 12/02117) :

En l'espèce, Monsieur X a été opéré par le docteur Y pour une sleeve gastrectomie. Un scanner ayant objectivé un hémopéritoine abondant avec hématome para gastrique gauche sur fuite active d'allure artérielle en regard de la cicatrice de sleeve gastrectomie, une reprise chirurgicale a été réalisée par le docteur Y. Deux ans plus tard, Monsieur X a été opéré par le docteur Z pour une cure de hernie hiatale avec hospitalisation.

Monsieur X reproche au docteur Y un manquement au devoir d'information auquel il était tenu avant l'intervention chirurgicale.

En l'espèce, selon les juges, après deux consultations préopératoires avec son médecin et divers spécialistes, Monsieur X a reçu une information orale tant sur son état de santé que sur l'opération préconisée.

Cette information orale a été formalisée par deux écrits signés par Monsieur X : **un formulaire de consentement préopératoire et une fiche d'information** détaillant la nature de l'intervention, ses raisons, son déroulé, ses suites prévisibles et les complications envisageables.

L'expert judiciaire relève expressément que le formulaire de consentement éclairé fait référence aux complications possibles de la sleeve (complications thromboemboliques, hémorragiques, septiques) et que la fiche d'explication fait clairement référence au risque hémorragique de la sleeve gastrectomie. Il ajoute que Monsieur X a bénéficié d'une information claire et loyale sur les soins qui lui ont été dispensés avant l'intervention.

Par ailleurs, sur la responsabilité du docteur Z qui a opéré le patient pour une cure de hernie hiatale, *« l'expert a justement répondu à son dire en précisant que le docteur Z ne pouvait pas informer le patient avant l'intervention d'une ascension du montage chirurgical, complication indépendante de la sleeve gastrectomie puisqu'il a découvert cette hernie hiatale en peropératoire ».*

III. La prise en charge des patients en extrême obésité

Il s'agit de patients dont l'indice de masse corporelle dépasse les 50 pour lesquels le taux de complication à la suite d'une chirurgie bariatrique est plus important.

En effet, d'après une étude publiée sur le site Précidiab, *« le diabète dans tous ses états »*, le taux global de complication a été de 28 % (31 % dans le groupe bypass gastrique (BPG), 22 % dans le groupe sleeve gastrectomy (SG), 25 % dans le groupe SG + BPG).

Le taux de mortalité précoce (dans les 30 jours post-opératoires) a été de 2,3 % (1 décès). Aucun décès n'a été observé dans le groupe SG + BPG. Au total, la chirurgie bariatrique apparaît donc faisable chez les patients super obèses avec un taux de morbi-mortalité jugé « acceptable »[13].

Les patients dits super obèses doivent être accueillis dans des établissements spécialisés et équipés pour les recevoir.

En ce sens, **CAA Douai, 28 mars 2023 (n° 21DA01028**) : En l'espèce, M. C., a été opéré d'une sleeve gastrectomie. A la suite de l'intervention, il a présenté une fistule en partie haute de la suture gastrique ayant entraîné une péritonite. Par la suite, une endoprothèse a dû être mise en place. Dans cette affaire le patient a mis en cause le centre hospitalier pour faute.

[13] Site : Le diabète dans tous ses états by Précidiab, Mars 2024.

Selon les juges du fond, le centre hospitalier *« où est pratiquée la sleeve gastrectomie mais non le by-pass, et qui n'est pas à même d'assurer en cas de complications sérieuses la prise en charge postopératoire de patients super obèses, plus difficile que celle des patients obèses, n'est pas un centre de référence pour patients super obèses et n'est ainsi pas une structure adaptée à la prise en charge de tels patients, qui doivent être opérés dans des centres hospitaliers capables d'assurer une prise en charge complète. »*

Parfois, la gravité de la pathologie est telle que les juges peuvent faire preuve de souplesse en cas de non-respect des recommandations édictées par la HAS notamment dans la phase préopératoire.

Dans un **jugement du tribunal administratif de Marseille du 23 octobre 2024 (n° 2203842)**, les juges du fond ont écarté la responsabilité de l'hôpital au regard de la situation particulière de la patiente.

En l'espèce, Mme B a subi une intervention chirurgicale de gastrectomie longitudinale (dite sleeve gastrectomie). Elle a présenté dans les suites de l'intervention une fistule gastrique et a ensuite été opérée pour drainer la collection liquidienne. Trois ans plus tard, une fibroscopie révélait la présence d'une fistule post sleeve nécessitant une nouvelle opération chirurgicale pour la mise en place d'un by-pass. Elle a souffert par la suite de carences vitaminiques graves, ainsi que d'un reflux gastro-œsophagien. Mme B demande l'indemnisation du préjudice qu'elle aurait subi à raison de fautes commises dans le cadre de sa prise en charge dans les services de l'hôpital.

Selon les juges, *« il résulte de l'instruction que d'une part, Mme B a consulté le chirurgien qui l'a opéré pour la première fois le 9 mars 2011 et qu'elle a été opérée le 9 juin suivant, soit moins de 6 mois après et que, d'autre part, elle présentait un IMC voisin de 38 au cours de la période préopératoire.* ***Ainsi, la prise en charge préopératoire de la requérante ne correspond pas aux recommandations précédemment rappelées de la Haute autorité de santé****.* ***Toutefois****, il résulte également de l'instruction, et notamment du rapport de l'expertise diligentée par le tribunal, que* ***cette intervention chirurgicale, loin d'être contre-indiquée, s'avérait au contraire nécessaire dans le cas de Mme B dès lors qu'elle était atteinte à 24 ans d'une obésité sévère*** *pour laquelle il est établi que seule des prédispositions particulières, ni que les risques aient été majorés par les conditions de prise en charge pré ou postopératoires. Enfin, il est établi que, in fine, l'état de santé de Mme B est très satisfaisant et qu'elle a obtenu une perte de poids importante et stable. Dans ces conditions, il n'existe pas de lien de causalité entre les manquements constatés et les dommages subis par la requérante. La chirurgie permet d'obtenir un amaigrissement significatif et par voie de conséquence une diminution des risques de complications métaboliques.* ***Dans ces conditions, le respect d'un délai de 6 mois n'aurait rien changé à l'indication chirurgicale, ce d'autant moins que la requérante souhaitait cette intervention laquelle au demeurant ayant déclaré lors des opérations d'expertise qu'elle pesait près de 100 kg au moment de son opération, soit un IMC de 40.*** *Par ailleurs, il résulte de l'instruction que l'intervention chirurgicale a été validée en commission pluridisciplinaire au début du mois de mai 2011, contrairement à ce qu'allègue la requérante, et que tous les examens préalables requis avaient été réalisés ».*

Dans le même sens, **CA Colmar, 10 septembre 2021, (n° 19/02687) :** En l'espèce, Mme A., en surcharge pondérale (117 kg pour une taille d'1,58 m), a subi une « sleeve-gastrectomie » par voie coelioscopique. Par la suite, une infection a été constatée et elle a dû subir une nouvelle intervention, qui a mis en évidence une péritonite. L'expertise a conclu à un accident médical.

A titre d'indemnisation, il convenait de savoir s'il s'agissait d'un aléa thérapeutique, pris en charge par la solidarité nationale.

« Il en résulte qu'en l'espèce, l'acte pratiqué comportait des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage, puisque c'est une complication chirurgicale, ici une fistule temporaire de très petite taille, qui est à l'origine de l'infection du péritoine, puis du choc septique et de ses complications multiples.

Les conséquences de l'acte médical ne peuvent donc être considérées comme anormales, de sorte que le jugement déféré sera infirmé et M^me^ X déboutée de l'ensemble de sa demande d'indemnisation ».

IV. Le rôle des organismes sociaux dans la prise en charge indemnitaire du patient

La chirurgie bariatrique bénéficie d'un remboursement de la part des organismes sociaux uniquement dans le cas où l'intervention est réalisée dans un centre conventionné et par un chirurgien spécialiste de la chirurgie de l'obésité. Les hôpitaux du secteur public permettent de bénéficier de la couverture de la sécurité sociale. A contrario, un chirurgien libéral qui exerce dans une clinique privée peut demander un dépassement d'honoraires.

Une demande **d'entente préalable** doit être effectuée avant l'opération.
Il s'agit d'une procédure administrative qui vise à garantir que l'intervention est médicalement justifiée et respecte les critères définis par les recommandations de la Haute autorité de santé.

Cette demande est généralement initiée par le médecin traitant ou le chirurgien, qui soumet un dossier médical détaillant la situation du patient et les raisons pour lesquelles la chirurgie bariatrique est nécessaire.

Ensuite, le médecin conseil de la sécurité sociale doit donner son accord quant à la prise en charge de l'opération à la suite d'un examen médical. En revanche, il ne se prononce pas sur l'indication opératoire qui relève uniquement de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

En cas de désaccord entre le médecin traitant qui prescrit une chirurgie bariatrique et le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui refuse sa prise en charge, la question doit être tranchée dans le cadre d'une **expertise médicale**[14] en application de l'article **L.141-1 du Code de la sécurité sociale**. En effet, cet article prévoit que *« les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations régies par l'article L. 142-2, donnent lieu à une procédure d'expertise médicale dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État ».*

Il en va de même concernant la modalité de prise en charge de l'intervention.

Dans une décision d'appel, alors que le médecin conseil de la CPAM a refusé la prise en charge d'une reprise de chirurgie bariatrique, les juges du fond, à la suite d'une expertise médicale, condamnent la CPAM à prendre en charge le coût de l'intervention **(CA Amiens, 30 janvier 2023, n° 19/05528).**

[14] Cass. 2ème civ., 19 septembre 2019, n° 18-21.505.

En l'espèce, la patiente, Mme J., a été hospitalisée en 2015 pour la pose d'un anneau gastrique, lequel a fait l'objet d'une ablation 1 an après. Elle a ensuite été opérée d'une gastrectomie longitudinale, laquelle a mis en évidence un « *abdomen pendulum recouvrant partiellement le pubis* », nécessitant, une fois l'IMC stabilisé, une opération de chirurgie réparatrice.

Une demande d'entente préalable a été formulée en 2017 par le docteur R., médecin spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, aux fins de prise en charge de cette opération.

Le médecin conseil de la CPAM a opposé un refus à cette demande, lequel a été contesté par la patiente, qui a sollicité la mise en œuvre d'une expertise technique.

Selon les juges du fond, le « *médecin-conseil de la CPAM a émis un avis défavorable à la prise en charge de l'intervention litigieuse en ces termes : avis défavorable médical car malgré un tablier abdominal recouvrant au moins partiellement le pubis, il n'existe pas de dégradation majeure de la paroi abdominale antérieure, qui est l'élément essentiel caractéristique de la chirurgie réparatrice. Le docteur Y., désigné dans le cadre de l'expertise technique, a également émis un avis défavorable à la prise en charge ».*

Selon la Cour : *« Au vu du rapport effectué par le docteur [O] et des éléments médicaux produits par Mme [J], non utilement remis en cause par la caisse, la cour considère que Mme [J] remplit les conditions de prise en charge de l'intervention litigieuse.*
En conséquence et pour les motifs ci-dessus substitués à ceux des premiers juges, la cour confirmera la décision déférée en ce qu'elle a condamné la CPAM à prendre en charge le coût de l'opération chirurgicale ».

Dans le même sens, dans une décision de la **deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 11 juillet 2019 (n° 18-18.871)**, une demande d'accord préalable a été effectuée pour une intervention de chirurgie bariatrique restrictive nécessitant selon le chirurgien une hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures. Le médecin conseil de la sécurité sociale donne un avis défavorable considérant que l'intervention peut être effectuée en ambulatoire. L'assurée a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale.

Selon le jugement, *« outre le fait que le chirurgien n'envisageait pas de pratiquer cet acte en ambulatoire, pour des raisons médicales qu'il lui appartenait d'apprécier, il apparaît que la gastrectomie longitudinale était nécessaire et aurait dû être prise en charge par la caisse en l'absence de contre-indications révélées par le bilan préopératoire »*

Pour la Cour de cassation, *« en statuant ainsi, le tribunal, qui a tranché une difficulté d'ordre médical sans recourir à une expertise médicale en application des textes susvisés, a violé ceux-ci ».*

Par ailleurs, selon l'article **R.4127-53 du Code de la santé publique**, le praticien, qui a un devoir d'information, doit prévenir le futur patient, avant la réalisation de l'intervention, des dépassements d'honoraires éventuels.

Le patient doit également être informé de ce qui n'est pas pris en charge par l'assurance maladie tels que certains suppléments vitaminiques, la plupart des suppléments protidiques, les consultations psychologiques et les diététiciens libéraux. Certaines chirurgies réparatrices ou reconstructrices ne sont pas non plus prises en charge[15].

[15] Fiche d'information HAS, Information pour le médecin traitant, « *Chirurgie de l'obésité chez l'adulte* ».

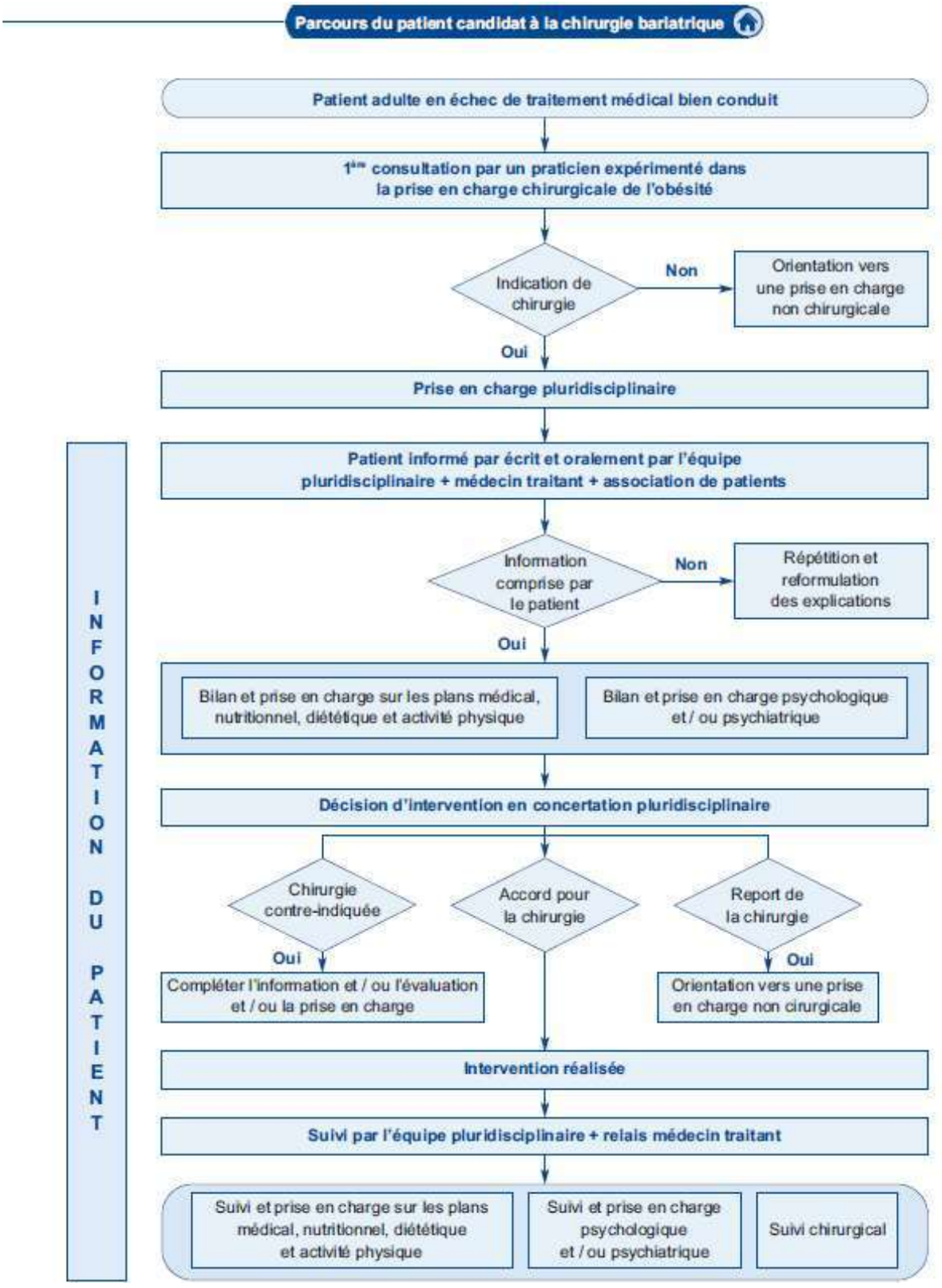

Schéma du parcours du patient candidat à la chirurgie bariatrique – Fiche recommandations HAS, *« Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte »*, janvier 2009.

DEUXIÈME PARTIE

Les différentes étapes de la prise en charge périopératoire

I. Panorama des techniques chirurgicales

➢ L'anneau gastrique ajustable

Il s'agit d'une technique qui existe depuis 25 ans. Elle est de moins en moins pratiquée.

Cette technique diminue le volume de l'estomac et ralentit le passage des aliments. Elle ne perturbe pas la digestion.

L'anneau est placé autour de la partie supérieure de l'estomac délimitant ainsi une petite poche. Pour remplir cette poche, peu d'aliments sont nécessaires, entrainant un sentiment de satiété rapidement. Les aliments s'écoulent ensuite très lentement.

L'anneau est relié à un boitier de contrôle placé sous la peau. Il peut être serré ou desserré en injectant du liquide dans le boitier sous contrôle radiologique.

➢ La gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomy

II s'agit d'une technique qui existe depuis plus de 20 ans. Elle représente les deux tiers des interventions en France.

Cette technique consiste à retirer au moins 75 à 80 % de l'estomac de façon permanente. L'estomac est réduit à un tube vertical entraînant un passage rapide des aliments dans l'intestin. Ainsi, l'appétit du patient est diminué.

Parfois, il s'agit d'une première étape avant une dérivation biliopancréatique.

La gastrectomie longitudinale ou *sleeve gastrectomy* est souvent proposée à des patients plus jeunes ou à ceux qui refusent le by-pass.

➢ Le by-pass gastrique

Cette technique opératoire existe depuis 40 ans. Elle représente un tiers des interventions en France. Le by-pass réalise un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin.

La taille de l'estomac est réduite à une petite poche, permettant de diminuer la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'organisme.

➢ La dérivation biliopancréatique

Technique qui existe depuis 40 ans. Elle représente 1 % des interventions en France.

Il s'agit d'une réduction de l'estomac par gastrectomie. L'intestin grêle est divisé en deux parties.
Ensuite, il y a un raccordement de l'estomac à l'une des parties de l'intestin servant à véhiculer les aliments jusqu'au gros intestin. L'autre partie de l'intestin est raccordée à la fin de l'intestin grêle et transporte les sécrétions digestives du foie et du pancréas.

Ainsi, cette technique permet de limiter la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'intestin.

Par ailleurs, une nouvelle alternative à la chirurgie bariatrique traditionnelle semble être de plus en plus utilisée. Cette technique est appelée **chirurgie viscérale magnétique (anastomose magnétique).**

Deux aimants sont placés de part et d'autre de la paroi intestinale ou stomacale en attirant les tissus l'un vers l'autre. Cela crée une **fusion naturelle** des tissus en quelques jours. Puis les aimants tombent spontanément dans le tube digestif et sont évacués.

Selon le site, *magnetic surgery*, cette technique permettrait au patient de récupérer plus rapidement après l'intervention, et donc moins de temps d'hospitalisation ; le patient ressentirait moins de douleurs et aurait une meilleure apparence après la chirurgie avec moins d'incisions et de cicatrices que les patients ayant subi une chirurgie bariatrique traditionnelle**.** Il s'agit d'une technique moins invasive, réversible et ajustable.

Pour le moment, cette technique est en phase expérimentale dans le domaine médical. Elle n'a pas encore fait l'objet de contentieux juridique en France.

Aussi, quelle que soit la technique opératoire choisie pour l'intervention, elle doit être la plus adaptée à l'état antérieur du patient.

CA Aix-en-Provence, 4 juillet 2019 (n° 18/09106) : Les juges du fond retiennent la responsabilité du chirurgien pour faute technique. Dans cette affaire, l'expert retient que M. Y a commis une faute dans le geste opératoire : « *soit l'absence de dissection sur la face postérieure de l'estomac d'autant que les antécédents de M^me^ E Z devaient conduire à une particulière vigilance, étant précisé que M. Y ne rapporte pas la preuve qu'il aurait effectivement libéré cette face de l'estomac et omis de le mentionner dans son compte-rendu opératoire, et, d'autre part, le lien direct et certain entre cette omission et la sténose du tube gastrique, l'existence d'un aléa thérapeutique n'étant pas caractérisée en l'espèce, laquelle a rendu nécessaire une intervention de reprise chirurgicale avec la seule solution désormais possible de réalisation d'un gastric by-pass dont les contraintes et effets secondaires sont plus importants que pour la sleeve-gastrectomie seule envisagée et auxquels M^me^ E Z n'était pas préparée.*
La faute technique de M. Y est en lien direct et certain avec l'entier préjudice subi par M^me^ E O du fait de la sténose du tube gastrique ayant rendu obligatoire un gastric by-pass au lieu de la sleeve-gastrectomie initialement envisagée. »

CA Douai, 5 octobre 2023 (n° 23/00060) : *« Au regard de ses antécédents, l'anormalité des conséquences de la complication médicale subie par Mme [B] n'est pas établie dans la mesure où le risque d'infection était majoré dès lors que celle-ci avait développé des adhérences abdominales à la suite d'une cholécystectomie ».*

En cas de changement de technique opératoire en cours d'intervention à l'origine d'une fistule, la responsabilité du centre hospitalier est retenue dès lors que la maladresse technique de l'équipe médicale présente un caractère fautif **(TA Orléans, 19 septembre 2024, n° 2103607).**

Dans cette affaire, selon le tribunal, *« Il résulte de l'instruction, et notamment du rapport de l'expert judiciaire, que M^me^ B a présenté une fistule gastrique à la suite d'une sleeve gastrectomie effectuée par coelioscopie convertie en laparotomie.*

Ce changement de technique opératoire, qui a créé les conditions de survenue de la fistule, a été rendu nécessaire pour désincarcérer la sonde gastrique laquelle avait été emprisonnée, à deux reprises, dans la suture de la tranche gastrique. Selon l'expert, l'agrafage du tube de calibrage ne peut s'expliquer « que par un repérage insuffisant du tube lors des mobilisations avant agrafage ». La technique conforme aux règles de l'art aurait consisté à vérifier par coelioscopie la bonne position du tube de calibrage avant chaque agrafage de la section gastrique afin d'éviter qu'il ne soit pris, comme en l'espèce, dans les agrafages successifs permettant de réaliser la section gastrique. Il résulte de l'instruction que ces précautions n'ont pas été respectées et que le geste technique n'a pas été réalisé conformément aux règles de l'art. Contrairement à ce que soutient le centre hospitalier, la maladresse technique de l'équipe médicale présente, dans ces conditions, un caractère fautif ».

II. Complications per et périopératoires : prévention, détection et gestion

Bien que la balance bénéfice/risque de la chirurgie bariatrique soit favorable, notamment grâce à l'avènement de la laparoscopie[16] et des progrès techniques et anesthésiques, le taux de complications n'est pas nul et varie en fonction de la lourdeur de l'intervention, avec des complications spécifiques à chaque technique. Ce taux varie en fonction notamment du terrain du patient (super obésité, présence de comorbidités sévères, tabagisme actif, mauvaise observance des traitements), et de l'importance de la perte de poids[17].

Il peut y avoir des complications périopératoires et précoces (dans les 30 jours postopératoires).
La complication redoutée et fréquente (2 à 4 % des opérés) dans cette chirurgie de plus en plus pratiquée est représentée par les fistules et la péritonite. Toute tachycardie survenant au décours d'une intervention bariatrique impose la réhospitalisation en urgence du patient pour réalisation d'un scanner.

Les complications digestives ne doivent pas être négligées par le médecin traitant, car elles peuvent survenir à distance de l'acte chirurgical.

CAA Marseille, 30 juin 2023 (n° 21MA02346) : responsabilité du centre hospitalier écartée dans la survenue des complications.

En l'espèce, la patiente de trente-six ans, souffrant d'une obésité morbide, a bénéficié d'une sleeve-gastrectomie réalisée dans un centre hospitalier. Une seconde intervention de même nature a été pratiquée plus d'un an après. L'intéressée a présenté, quelques mois plus tard, des difficultés d'absorption alimentaire, nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale, qui a révélé l'existence d'une sténose gastrique fonctionnelle sous-cardiale, requérant la mise en place d'un by-pass gastrique.

Les troubles gastriques se poursuivant, la patiente a été hospitalisée pour un syndrome dysphagique associé à une sténose anastomotique, quelques jours après, pour une endoscopie et deux dilatations et par la suite, pour la pose d'une sonde naso-gastrique. La patiente met alors en cause la responsabilité du centre hospitalier dans la survenue des complications.

Selon la Cour administrative d'appel de Marseille, aucune faute médicale n'est susceptible d'engager la responsabilité du centre hospitalier vis-à-vis de Mme A. C. ou n'est à l'origine d'une perte de chance d'échapper aux dommages qui sont advenus. En effet, *« Il résulte du rapport d'expertise diligenté par la CCI que les deux interventions pratiquées les 3 mai 2010 et 23 novembre 2011 ont été conformes aux règles de l'art et que les indications opératoires de sleeve-gastrectomie étaient justifiées compte tenu de l'état pathologique d'obésité morbide présenté par M^me^ A… C…. Il est relevé par ailleurs que les troubles du comportement alimentaire sont en partie à l'origine des préjudices invoqués par l'intéressée et que la survenue d'une sténose fonctionnelle à la suite d'une intervention chirurgicale de sleeve-gastrectomie constitue une complication fréquente et ne saurait caractériser l'existence d'une faute médicale. L'appelante n'apporte pas davantage en appel qu'en première instance d'éléments susceptibles de justifier que la seconde intervention de sleeve-gastrectomie, réalisée le 23 novembre 2011, n'était pas indiquée et qu'une intervention selon la technique dite du switch duodénal aurait été préférable.*

---

[16] La laparoscopie, plus connue sous le nom de coelioscopie, est une avancée chirurgicale majeure du XXème siècle. Elle permet d'accéder à l'intérieur de l'abdomen par des incisions de petites tailles permettant d'introduire des instruments et une caméra pour réaliser une intervention. Il s'agit d'une technique micro-invasive, ce qui la distingue de la laparotomie qui correspond à l'ouverture de la paroi abdominale à ciel ouvert.
Elle est utilisée à des fins diagnostiques (coelioscopie exploratrice), et/ou opératoires (coelioscopie thérapeutique), dans de nombreuses pathologies digestives, gynécologiques ou encore urologiques.

[17] Maud Robert, *Chirurgie de l'obésité : risques et gestion des complications*, POST'U 2016.

Le scanner de l'estomac effectué le 22 mars 2013, qui se borne à mentionner un « aspect de distorsion gastrique avec zone de plicature en regard de l'agrafage à la jonction antro-fundique », ainsi que le certificat médical du 28 novembre 2014 évoquant la présence d'une agrafe « au niveau de l'œsophage responsable probablement des difficultés nouvelles de la patiente » ne sauraient, en tout état de cause, ni démontrer avec certitude une faute médicale à l'origine des complications survenues, ni établir un lien de causalité avec les interventions de sleeve-gastrectomie pratiquées au sein du centre hospitalier en 2011, la mise en place d'un by-pass gastrique ayant au demeurant été réalisée postérieurement en 2013 au sein du centre hospitalier d'Angers. Enfin, la circonstance que les hypoglycémies et les crises d'épilepsie subies par M^me^ A… C… à la suite de la réalisation du by-pass gastrique aient nécessité une nouvelle intervention chirurgicale, pratiquée le 18 mars 2021, afin de rétablir la continuité digestive, ne sauraient caractériser la commission d'une faute du centre hospitalier. »

En revanche, la responsabilité du médecin peut être retenue si les préjudices subis par la victime ont un lien avec le retard dans la prise en charge de ses complications.

C'est en ce sens que les juges du fond de la **Cour d'appel de Paris** ont retenu la responsabilité du médecin dans une **affaire du 28 mars 2024, n° 19/07553**.

« La Cour, dans son précédent arrêt du 18 novembre 2021, a dit que la rupture de la suture par agrafage constituait un accident médical non fautif auquel sont imputables 30 % des préjudices subis par Madame [W], et mis en conséquence l'ONIAM hors de cause, et ***que le retard dans la prise en charge de cette complication de la sleeve gastrectomie pratiquée le 22 août 2009 était à l'origine de 70 % des préjudices subis par l'intéressée****, et qu'en conséquence, le docteur [RU] et son assureur étaient tenus in solidum à réparer les préjudices de celle-ci à hauteur de 70 % de ceux-ci. »*

<u>Illustrations jurisprudentielles par type de complications chirurgicales</u> :

➢ Les infections

Pour de nombreuses professions chirurgicales, l'infection associée aux soins constitue un des principaux motifs de complication. Bien que le temps opératoire soit très encadré, et que le risque infectieux soit surveillé, les infections sont fréquentes notamment dans le domaine de la chirurgie bariatrique.

Dans l'affaire **: TA Bordeaux, 12 novembre 2024, (n° 2204627)** : Une patiente a subi une intervention chirurgicale consistant en la pose d'un by-pass avec anse alimentaire pré-colique par voie coelioscopique. Les suites opératoires ont été marquées par des douleurs importantes, une tachycardie et écoulement séro-sanglant par le drain. Un scanner a mis en évidence un saignement intra-digestif. À la suite de plusieurs interventions et la persistance des complications infectieuses menant à une défaillance rénale, la patiente est décédée. Dans cette affaire la responsabilité du décès a été mise sur le CHU en raison du défaut de repérage des organes de la patiente avant l'intervention, ayant entrainé un montage inadapté lors de l'intervention et donc contribué aux conséquences infectieuses.

La complication infectieuse peut avoir plusieurs origines. Comme l'atteste cet arrêt :

CA Aix-en-Provence, 13 juin 2019, (n° 18/14335) : la péritonite développée du fait d'une perforation gastrique survenue au cours d'une chirurgie bariatrique constitue une infection nosocomiale.

CAA Nantes, 24 mai 2024, (n° 23NT02527) : Dans cette affaire, la désunion de l'anastomose pratiquée par le chirurgien à l'origine d'une infection nosocomiale est qualifiée d'accident médical non fautif.

En parallèle, l'expert retient l'existence d'une faute. En effet l'opérateur, au moment de la section gastrique, n'a pas mobilisé le tube rigide de Fauchet pour le mettre à l'abri empêchant l'appareil d'agrafage de se refermer complètement laissant ainsi une zone de paroi gastrique non suturée utilisée par le chirurgien pour pratiquer l'anastomose gastro-jéjunale faisant par la suite l'objet d'une désunion. Les juges, tout en confirmant le caractère fautif de ce manquement, considèrent que si l'anastomose n'a pas été effectuée au lieu initialement prévu, cette modification n'a pas pu favoriser la survenue de l'infection nosocomiale de sorte qu'elle n'a pas participé à la survenance ou à l'aggravation du dommage.
En revanche, l'attentisme des services hospitaliers à réintervenir sur le foyer infectieux a participé à l'aggravation de l'état de santé du patient. Ce comportement fautif a fait perdre au patient une chance d'échapper à l'aggravation de son état de santé de 25 %.

En matière d'infection nosocomiale, il peut y avoir des partages de responsabilité comme l'illustre l'arrêt suivant :

CA Lyon, 9 décembre 2021, (n° 19/03120) : s'agissant d'une infection nosocomiale contractée dans les suites d'un bypass gastrique jéjunal, la clinique est retenue responsable de plein droit.
En revanche, si la Cour ne retient pas de manquement en préopératoire (lié à l'absence d'examen bucco-dentaire puisque celui-ci n'était pas prévu par les recommandations de la HAS ou par la SFAR au moment de l'intervention), dans le choix de la technique opératoire ou encore dans le suivi post-opératoire, elle retient néanmoins une faute du chirurgien justifiant qu'il relève et garantisse la Clinique de l'intégralité de la dette de responsabilité pour ne pas avoir organisé de réunion pluridisciplinaire conformément aux recommandations de la HAS de 2009 (recommandation invitant à une réflexion menée par une équipe pluridisciplinaire comportant au minimum un chirurgien, un médecin spécialiste de l'obésité, une diététicienne, un psychiatre ou un psychologue et un anesthésiste-réanimateur).

➢ Les occlusions

Les occlusions postopératoires précoces sont souvent dues à des malfaçons techniques notamment par sténose au niveau de l'anastomose. Elles imposent une reprise chirurgicale en urgence. Les plus fréquentes et les plus graves sont les occlusions par hernie interne. La gravité est due au risque de nécrose digestive puis risque de grêle court.

CAA Paris, 12 août 2022, (n° 20PA01428) : « *Dans les suites d'une sleeve gastrectomy subie le 16 août 2012, la* ***patiente qui n'aurait pas dû être autorisée à regagner son domicile, dès le 20 août, sans notamment qu'un scanner abdominal****, pourtant prévu le 19 août,* ***ait été réalisé,*** *a été hospitalisée le 23 août dans le service des urgences. Elle présentait alors les symptômes d'une occlusion intestinale aigüe provoquée par l'incarcération d'une anse de l'intestin grêle dans l'orifice du trocart ombilical de cœlioscopie, qui a nécessité une réintervention en urgence.*
Alors que, dans les suites opératoires immédiates de la " sleeve gastrectomy ", les ***symptômes*** *présentés le 23 août 2012 par Mme C... lors de son admission dans le service des urgences (vomissements, douleurs ombilicales, selles liquides)* ***auraient dû conduire sans délai à une recherche diagnostique****, l'équipe médicale des urgences n'a prescrit la réalisation d'un scanner que le lendemain, 24 août 2012, retardant ainsi le diagnostic d'occlusion intestinale et son traitement, ce retard, du 20 au 24 août, aggravant la stase liquidienne intestinale et gastrique à l'origine de l'accident ultérieur d'inhalation, et n'a* ***pas prescrit la pose d'une sonde naso-gastrique*** *pour vider l'estomac préalablement à l'induction anesthésique, c****e qui aurait été de nature, chez une patiente qui vomissait, à prévenir des régurgitations avec inhalation trachéo bronchique dès lors que son état de conscience pouvait diminuer****.*

D'autre part, lors de la réintervention chirurgicale du 24 août 2012, ***plusieurs défauts de transmission des informations médicales relatives à la patiente*** *ont été relevés : le médecin qui a réalisé la consultation préanesthésique du 24 août 2012 n'a* ***pas relevé la notion de vomissements,*** *pourtant présents dès l'arrivée de la patiente dans le service des urgences ; le médecin anesthésiste qui a pris la relève n'a pas été informé par l'équipe chirurgicale que l'incarcération de l'anse intestinale dans l'orifice du trocart ombilical était à l'origine d'une occlusion ; il n'a pas été informé de l'existence d'une importante stase liquidienne gastro-jéjunale en amont de l'incarcération, visible sur le scanner abdominal réalisé le 24 août, de sorte qu'il a pensé endormir une patiente à jeun et a utilisé un protocole d'induction anesthésique en conséquence, alors même que la patiente présentait un estomac plein, ce qui aurait dû conduire à une prise en charge particulière dite d'induction à séquence rapide ; de plus, le curare utilisé (esméron) n'était pas le curare de référence dans ce type de situation. Ces* ***défauts de transmission et de communication entre les équipes anesthésiques et chirurgicales et au sein de l'équipe anesthésique*** *sont, de manière directe et certaine,* ***à l'origine de la régurgitation massive et de l'inhalation trachéo bronchique dont Mme C... a été victime lors de l'induction anesthésique*** *pendant la réintervention chirurgicale du 24 août 2012 ».*

➢ Les fistules

Les fistules gastriques consistent en une connexion anormale entre le tube digestif et la surface cutanée provoquant une fuite de liquides gastriques. Les fistules anastomotiques sont des complications majeures de la chirurgie digestive. Deux cavités sont anormalement reliées l'une à l'autre.

Les tribunaux considèrent généralement que les fistules sont des accidents médicaux non fautifs comme l'atteste l'arrêt suivant :

Cour d'appel de Douai, 17 juin 2021, (n° 20/01691) : une péritonite sur fistule anastomotique apparaissait dans les suites d'une intervention de by-pass gastrique.

En l'espèce, l'apparition de la fistule est qualifiée d'accident médical non fautif. La cour d'appel rappelle spécifiquement qu'il faut prendre en compte « *la probabilité de survenance du dommage au regard de la probabilité que la lésion résultant de l'acte de soins entraine de telles séquelles permanentes, et non au regard de la probabilité que cet acte de soins entraîne une telle lésion* ». Les experts considèrent que le dommage de la patiente est relié à 50 % à l'état antérieur et à 50 % à l'intervention bariatrique. Or, au regard de l'état et des antécédents de la patiente, cette fistule n'a entrainé à terme aucun déficit fonctionnel permanent, elle ne remplit ainsi pas les critères de gravité. Par ailleurs, à défaut de preuve de l'anormalité du dommage, aucune indemnisation ne peut lui être accordée. Toutefois, si la fistule est, en elle-même, un accident médical non fautif, la responsabilité de l'établissement peut être engagée en raison de l'infection qui survient postérieurement et qui est qualifiée de nosocomiale[18].

Il en va de même dans un autre arrêt de la **Cour d'appel de Douai, 7 octobre 2021, (n° 19/06892)** : une fistule gastrique apparaissait dans les suites d'une gastrectomie longitudinale, associée à des épisodes infectieux.

La cour d'appel considère en l'espèce que l'apparition de la fistule caractérise un accident médical non fautif, lequel est à l'origine de plusieurs infections consécutives subies par le patient. Ainsi, outre l'accident médical non fautif, le caractère nosocomial de l'infection a été également reconnu dans cette affaire.

[18] En ce sens voir : Conseil d'Etat, 13 janvier 2023, n° 453963 : *« Il s'en déduit que l'infection causée par la survenue d'un accident médical présente un caractère nosocomial comme demeurant liée à la prise en charge »* et donc prise en charge par la solidarité nationale.

Cette jurisprudence est constante et a été reprise récemment par le **tribunal judiciaire de Bobigny, du 12 juin 2024, (n° 22/05158)** : une sleeve gastrectomie a été réalisée. Dans les suites, une fistule gastrique ainsi que plusieurs chocs septiques apparaissaient. Lors du retour à domicile, la patiente présentait plusieurs épisodes de vomissements et de vertiges. Un syndrome cérébelleux était diagnostiqué. Outre un défaut de prise en charge postopératoire des carences vitaminiques, l'apparition de la fistule gastrique après sleeve gastrectomie est qualifiée d'aléa thérapeutique survenant dans 2 % des cas.

Tribunal administratif de Marseille, 23 octobre 2024, (n° 2203842) : Une fistule gastrique ainsi qu'une sténose apparaissaient dans les suites d'une sleeve gastrectomie.
Le Tribunal confirme que les dommages de la patiente découlent de la survenue de la fistule et de la sténose, risques inhérents à la chirurgie bariatrique, les fistules survenant plus fréquemment, dans 5 % des cas, que les sténoses. Bien que le tribunal ne confirme pas à proprement parler que la survenue de la fistule permet de caractériser une faute ou un accident médical non fautif, en tout état de cause, aucun lien de causalité ne peut être caractérisé en l'espèce entre les manquements et le dommage. « *L'état de santé de Mme B est* ***très satisfaisant*** *et qu'elle a obtenu une perte de poids importante et stable. Dans ces conditions, il n'existe* ***pas de lien de causalité entre les manquements constatés et les dommages subis par la requérante.*** »

La survenance d'une fistule à la suite d'une sleeve gastrectomie survient dans 3 % des cas, ce qui suffit à remplir le critère d'anormalité, c'est ce que conclu le **Tribunal judiciaire de Marseille le 21 décembre 2023 dans son affaire n° 21/06391.**

La jurisprudence administrative a le même raisonnement : **CAA Douai, 28 mars 2023, (n° 21DA01028**) : le risque de fistule à la suite d'une sleeve gastrectomie est un risque de complication inhérent à la chirurgie bariatrique se produisant dans 5 % des cas et constitutif d'un accident médical non fautif.
En outre, il ne résulte pas de l'instruction que ce risque ait été aggravé par les conditions de prise en charge pré ou postopératoire ni que les conséquences de cet accident médical non fautif aient été aggravées par le retard de réintervention de 24 heures.

CAA Nantes, 3 juillet 2020, (n° 18NT03496) : le risque de fistule à la suite d'une sleeve gastrectomie est un risque de complication inhérent à la chirurgie bariatrique se produisant dans 3 % des cas. Dès lors, l'infection qui en découle ne remplit pas les critères de définition de l'infection nosocomiale au titre de l'article L.1142-1-1 du Code de la santé publique alors que la fistule en elle-même constitue un accident médical non fautif indemnisable par l'ONIAM au titre de l'article L.1142-1 II du Code de la santé publique.

➢ Les perforations

Les perforations œsophagiennes sont caractérisées par un trou ou une déchirure dans l'œsophage.

Selon la position de la perforation, les tribunaux concluent en l'existence soit d'un aléa thérapeutique, soit d'une faute.

CAA Paris, 21 avril 2022, (n° 21PA01738) : une patiente en obésité morbide fait l'objet d'une sleeve gastrectomie. Or, au décours de l'intervention, l'estomac était perforé justifiant la réalisation d'une gastrectomie totale. La cause de la perforation gastrique n'a pas pu être fixée précisément, pouvant s'agir d'une blessure d'un appareil chirurgical ou d'une manipulation trop violente. Cependant "*il n'en résulte pas que l'opération n'aurait pas été conduite dans les règles de l'art, l'expert se bornant à présumer qu'une "****maladresse fautive" peut expliquer la perforation***". Rien ne prouve qu'une faute a été commise. La Cour conclut ainsi en l'existence d'un accident médical non fautif[19].

[19] Dans le même sens, voir : CAA Lyon, 28 mai 2014, n° 11LY24163, la cour retient un accident médical non fautif.

CA Caen, 26 septembre 2017, (n° 15/02882) : La perforation d'un ulcère sur l'anastomose gastro-jéjunale du by-pass est une complication connue de cette chirurgie dont la fréquence est d'environ 2 %. La Cour retient également que le diagnostic était d'autant plus rare que la patiente présentait aussi un dumping syndrome (arrivée brutale des aliments dans la très petite poche gastrique établie par le by-pass, qui génère des douleurs de mise en tension brutale du viscère, ainsi qu'une chasse rapide des aliments dans le jéjunum, responsables de diarrhée et d'un cortège de signes d'accompagnement, avec parfois sueurs et manifestations vasomotrices). Aucune faute n'est retenue pour ne pas avoir réalisé de fibroscopie gastrique dans la mesure où plusieurs transit oeso-gastro-duodénal (TOGD) et scanners étaient normaux et que des soins psychiatriques s'imposaient en priorité face à la tentative de suicide de la patiente.

CAA Douai, 26 juin 2024, (n° 23DA00995) : Une pose d'anneau gastrique était réalisée, suivi par l'apparition de douleurs épigastriques motivant une reprise chirurgicale durant laquelle une perforation du bas de l'œsophage était découverte.

La Cour considère ici que l'aléa thérapeutique doit être écarté car *« la perforation se produit au niveau de l'œsophage si la dissection se fait trop haut »*. Dès lors, une "***perforation à ce niveau ne peut être regardée comme étant un aléa inhérent à l'intervention ou susceptible de se produire en dehors de toute réalisation fautive*** ».

Ainsi, la localisation de la dissection est prise en compte afin de conclure en l'existence d'une faute.

Dans le cadre d'une perforation digestive : **TA Toulouse, 19 mars 2025, (n° 2202934**) : Pour retenir la qualification d'accident médical non fautif pour les conséquences d'un infarctus survenu après la pose d'un by-pass, le Tribunal reconstitue une chaine causale.

Le tribunal considère que les conséquences (aphagie, hypophonie, hypersalivation, toux fréquentes, douleurs de type lancement et paresthésies dans les membres du côté droit, asthénie, utilisation d'une sonde de jéjunostomie, réduction importante de la mobilité) ont toutes pour origine un infarctus cérébelleux et latéro-bulbaire droit causé par une instabilité hémodynamique per opératoire en rapport avec un choc septique, étant lui-même la conséquence de la péritonite découlant de la perforation digestive.
Le Tribunal juge alors que les conditions de l'accident médical non fautif sont constituées dès lors que la prise en charge a été correcte et conforme aux règles de l'art, que le taux d'incapacité est très supérieur à 24 % et que le critère d'anormalité est caractérisé de par l'étendue des dommages issus de cet infarctus rattaché à l'accident médical non fautif, ces dommages étant qualifiés de notablement plus graves que celles auxquelles elle était exposée de manière suffisamment probable en l'absence de pose d'un by-pass.

Face à ces menaces médico-légales de plus en plus fréquentes, les médecins traitants doivent redoubler de vigilance et de prudence vis-à-vis de leurs patients plus ou moins récemment opérés[20].

III. Sorties prématurées, quels sont les risques ?

A la suite d'une intervention chirurgicale, le chirurgien, pour décider de la sortie du patient, doit être certain que celle-ci n'est pas prématurée et notamment, si le patient a des antécédents susceptibles d'entraîner des complications. Il doit aussi garantir un suivi adéquat, une fois le patient rentré à domicile, et l'informer des signes d'alerte qui justifient une consultation.

[20] Jean-Edouard CLOTTEAU, Chirurgien viscéral conseil, MACSF, *« La responsabilité du médecin traitant après la chirurgie »*.

Les sorties prématurées peuvent entraîner le retour du patient dans un état critique qui nécessite une prise en charge aux urgences rapide et adaptée, sous peine d'aggraver la situation du patient.

A titre d'exemple :

CAA Paris, 12 août 2022 (n° 20PA01428) : Dans cette affaire, une patiente ayant bénéficié d'une gastrectomie longitudinale a regagné son domicile 4 jours après. Un scanner réalisé en urgence 3 jours après la sortie de la patiente a mis en évidence une éviscération sous cutanée. La patiente a dû être opérée en urgence et lors de cette intervention elle a contracté une pneumopathie d'inhalation entraînant un choc septique. **Il ressort des rapports d'expertise médicale, que la patiente n'aurait pas dû être autorisée à regagner aussi prématurément son domicile, 4 jours après l'opération sans notamment qu'un scanner abdominal pourtant prévu n'ait été réalisé**. Lorsque la patiente est revenue aux urgences, elle présentait les symptômes d'une occlusion intestinale aigüe provoquée par l'incarcération d'une anse de l'intestin grêle dans l'orifice du trocart ombilical de coelioscopie. Par ailleurs, l'équipe médicale du centre hospitalier n'a pas prescrit de scanner immédiatement lorsque la patiente est revenue, ce qui a retardé le diagnostic. Les équipes ont donc manqué de précaution et méconnu les règles de l'art.

Parfois, la sortie du patient peut être considérée comme étant prématurée car un retour d'urgence à l'hôpital est nécessaire sans pour autant entraîner la responsabilité du chirurgien l'ayant autorisée.

Comme l'illustre **la Cour d'appel de Lyon dans une décision du 20 mai 2014 (n° 12/05928)** : En l'espèce, la patiente a bénéficié de la pose d'un anneau gastrique sous coelioscopie.

Après sa sortie de l'hôpital 4 jours après l'intervention, la patiente a dû être hospitalisée en urgence, 15 jours après sa sortie, en raison d'une septicémie et d'un trou suppurant à l'abdomen. La patiente a subi une nouvelle intervention. Dans cet arrêt, la Cour a considéré que bien que le chirurgien ait commis un défaut de prudence en autorisant des sorties de clinique prématurées alors qu'il y avait des signes infectieux nets avant la sortie, il n'y a pas de lien entre les sorties prématurées et le préjudice de la victime en lien avec l'infection, ce qui exclut la responsabilité du chirurgien[21].

Par ailleurs, lorsque le patient est autorisé à sortir, il est important qu'un suivi postopératoire soit assuré tant par le chirurgien que par son médecin traitant. En pratique, cette coordination entre l'établissement et la médecine de ville s'avère complexe.

[21] Guide du parcours de soin HAS.

TROISIÈME PARTIE

Le suivi postopératoire :

le rôle des professionnels de santé et la gestion des complications

Comme nous avons pu le voir une fois le patient sorti de l'hôpital, le suivi est primordial. La HAS a mis en place des recommandations notamment sur le suivi du patient afin de permettre un suivi régulier sur la durée. La chirurgie bariatrique étant une chirurgie à risques, de nombreuses complications peuvent survenir une fois le patient rentré à son domicile.

I. La coordination entre l'établissement et la médecine de ville

Bien que la Haute autorité de santé recommande d'assurer la continuité des soins en prévoyant un partage des informations entre tous les professionnels, que ce soit au sein de l'établissement de santé, avec les autres médecins spécialistes ou encore le médecin traitant, la réalité est différente.

Que les sorties soient prématurées ou non, le rôle du médecin généraliste est essentiel pour veiller au suivi du patient et être alerte sur l'ensemble des symptômes et des descriptions que lui apporte le patient. C'est le médecin généraliste qui est en première ligne une fois que le patient est sorti de l'hôpital, il doit donc avoir accès à l'ensemble des informations et savoir les gérer.

Néanmoins, le médecin généraliste n'est pas nécessairement formé à certaines situations ni complications auxquelles le patient opéré peut être confronté. Par ailleurs, il faut également que le patient opéré joue le jeu du suivi en prenant contact régulièrement avec son médecin traitant, ce qui n'est pas toujours le cas.

Après sa sortie, le patient ne va pas automatiquement contacter son médecin généraliste.

Par ailleurs, il a été constaté un **manque de formation des médecins généralistes dans le suivi post opératoire** : *« Quant au suivi postopératoire, les deux tiers des chirurgiens « envisagent » une collaboration avec les généralistes, mais de préférence dans leur service, éventuellement en alternance, sans, toutefois, confier au médecin généraliste le suivi avant 12 mois après l'intervention[22]. »*

Les patients ne semblent pas imaginer être suivis par leur médecin généraliste immédiatement après l'intervention. En cas d'urgence, ils ne pensent pas à l'appeler. Ils souhaitent en majorité être suivis par un spécialiste de la nutrition à qui ils font deux fois plus confiance (61 % contre 30 % au médecin généraliste). Selon eux, le médecin généraliste connaît mal l'opération et ses conséquences ; il manque de temps, et ne leur propose d'ailleurs de les suivre que dans 11 % des cas.

À titre d'exemple, dans cette décision de la **Cour d'appel de Paris du 18 novembre 2021 (n° 19/07553)**, une patiente a contacté son chirurgien à la suite de complications après sa sortie.
En l'espèce, une patiente a bénéficié d'une intervention de chirurgie bariatrique. Deux jours après sa sortie, la patiente a contacté son chirurgien en raison de brûlures et d'une pesanteur abdominale localisée dans l'hypochondre gauche. Il lui a conseillé de ne rien manger et d'aller aux urgences de la clinique en l'absence d'amélioration et de venir le lendemain sans attendre la consultation postopératoire prévue 1 mois après l'opération. Dans l'après-midi, les douleurs s'accentuent, et dans la soirée elles deviennent si intenses que le compagnon de la patiente appelle les pompiers qui la transporte aux urgences. Un hématome sur orifices de trocart a été diagnostiqué, et une reprise chirurgicale a été nécessaire.

[22] Rapport *« Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique ».*

En revanche, trois ans après l'intervention, c'est le médecin généraliste qui leur semble le mieux à même de les suivre dans le cadre d'une relation de confiance sur la base d'une écoute plus attentive, en particulier sur les questions psychologiques et sociales[23].

De nombreux médecins traitants soulèvent un manque de dialogue avec les chirurgiens. En effet, seulement 70 % des médecins généralistes en 2017 reçoivent le compte rendu opératoire de la chirurgie bariatrique.

Ainsi, la prise en charge des complications post-opératoire à une chirurgie bariatrique est un véritable enjeu pour le médecin traitant ou le médecin généraliste car elles peuvent engager le pronostic vital du patient à court terme. Elles ne doivent pas être négligées et imposent de réagir médicalement sans le moindre retard[24].

Le cas clinique du chirurgien viscéral conseil de la MACSF, le docteur Jean-Edouard CLOTTEAU, dans son article publié dans la revue « *Responsabilité* », nous en donne une parfaite illustration.

- *Il s'agit d'une patiente obèse de 32 ans, opérée deux jours auparavant d'une sleeve et autorisée à un retour à domicile après examens de contrôle et reprise de l'alimentation.*
  Appel 48 heures après au médecin traitant en raison de douleurs abdominales, de frissons et d'une tachycardie. Prescription d'antalgiques plus puissants, d'une NFS, CRP pour le lendemain.
  Dans la nuit, choc et appel au SAMU : le scanner objectivera une péritonite par fistule au niveau de la suture. Réintervention en urgence de toilette et drainage.
  Guérison après 8 semaines de soins et réanimation. ***Pas de responsabilité du chirurgien, car complication aléatoire, mais responsabilité du médecin traitant pour retard au diagnostic ayant induit une perte de chance de guérison plus rapide et simple.***

De la même manière, les complications tardives de la chirurgie digestive ne doivent pas être négligées par le médecin traitant, car elles peuvent survenir à distance de l'acte chirurgical. En cas de doute, le médecin traitant doit réadresser le patient en consultation chirurgicale.

- *Il s'agit d'une patiente de 32 ans, opérée 3 mois avant d'une sleeve pour obésité. Suites initiales simples, mais tableau infectieux pulmonaire traité par antibiothérapie ; radios non contributives.*
  Il s'agissait d'une fistule gastro pulmonaire sur une fistule qui avait mis 3 mois à migrer dans le thorax. ***Retard diagnostique reproché au généraliste pour n'avoir pas demandé le scanner conseillé par le radiologue.***

De plus, les médecins généralistes invoquent un manque de temps, d'information et de rémunération pour assurer correctement le suivi des patients bariatriques.
En effet, sur une étude de 19 médecins traitants, 90 % d'entre eux révèlent un manque de connaissance en raison d'une formation incomplète durant leurs études et 95 % d'entre eux estiment également que la formation en internat est insuffisante[25].

La mise en place d'une formation adaptée pour pallier le manque de formation des médecins traitants serait souhaitable. En effet, afin de détecter les signes d'une possible complication lors du suivi du patient, le médecin généraliste doit nécessairement avoir une connaissance de la chirurgie bariatrique.

[23] Rapport *« Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique ».*
[24] Jean-Edouard CLOTTEAU, Chirurgien viscéral conseil, MACSF, *« La responsabilité du médecin traitant après la chirurgie »,* Revue Responsabilité, décembre 2020.
[25] Thèse *« Intégration du médecin généraliste dans le suivi post chirurgie bariatrique via un outil de télésurveillance : enquête de faisabilité »,* Nicolas CORDONNIER, Janvier 2024.

En ce sens, un renforcement dans le cadre de sa formation initiale, concernant les chirurgies bariatriques, pourrait être instauré. Pour les médecins traitants déjà en exercice, ces derniers pourraient bénéficier d'une sensibilisation à cette chirurgie et à ses risques, dans le cadre de la formation continue. Par ailleurs, la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO.MM) s'engage, dans le cadre d'une formation, à sensibiliser les médecins généralistes sur la prise en charge de l'obésité sévère, les différentes indications chirurgicales, les complications et l'importance du suivi post opératoire.

Par ailleurs, un outil a été mis en place : le **BARIAMED**. Il s'agit d'une aide pour les médecins traitants au suivi des patients ayant fait l'objet d'une chirurgie bariatrique. Au sein de ce site internet, le médecin traitant peut, en cas de doute, consulter des fiches thématiques sur la gestion des comorbidités, des traitements ou encore des signes devant alerter. Après utilisation dans le cadre d'un cas clinique, 69,8 % de réponses étaient correctes, contre seulement 18,6 % sans utilisation de cet outil[26].

II. Le suivi postopératoire : enjeux cliniques et importance pour la santé du patient

Les recommandations de la Haute autorité de santé permettent un suivi encadré des patients. Toutefois, la pratique montre que certains patients sont perdus de vue et échappent au suivi.

A. L'intérêt du suivi

L'obésité étant une maladie chronique et en raison du risque de complications tardives (chirurgicales ou nutritionnelles dont certaines peuvent conduire à des atteintes neurologiques graves), ce suivi doit être assuré la vie durant. Le patient doit être informé des conséquences potentiellement graves de l'absence de suivi *(confère partie 1 sur l'information).*

Le médecin traitant doit rester vigilant car des complications digestives peuvent survenir à distance de l'acte chirurgical. Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à adresser le patient vers le chirurgien ou l'hôpital où il a été opéré.

Les médecins généralistes peuvent se voir opposer leur responsabilité pour des retards de diagnostiques ou thérapeutiques.
En ville, les résultats d'analyses qui peuvent être demandés mettent plus de temps. Par ailleurs, les médecins doivent être alertés sur les signes à détecter notamment la tachycardie après une chirurgie bariatrique (la tachycardie peut être le signe d'une fistule ou péritonite, complications les plus fréquentes de la chirurgie bariatrique).

Un suivi sur le long terme des patients ayant fait l'objet d'une chirurgie bariatrique est indispensable. Le suivi doit se faire auprès de plusieurs professionnels : le chirurgien, le nutritionniste, le médecin généraliste. Un suivi de l'activité physique est également préconisé.

Sur le long terme, plusieurs vérifications doivent être réalisées. Il est indispensable d'évaluer la perte de poids, de rechercher les complications, de prévenir et prendre en charge si nécessaire les carences vitaminiques et nutritionnelles, de faire évoluer le traitement, de poursuivre l'éducation du patient, de discuter du besoin de suivi psychologique, psychiatrique ou encore de chirurgie réparatrice[27].

[26] Thèse *« Intégration du médecin généraliste dans le suivi post chirurgie bariatrique via un outil de télésurveillance : enquête de faisabilité »,* Nicolas CORDONNIER, Janvier 2024.

[27] Thèse de Nicolas CORDONNIER, « *Intégration du médecin généraliste dans le suivi post chirurgie bariatrique via un outil de télésurveillance : enquête de faisabilité »,* 2023.

Si la chirurgie bariatrique nécessite parfois une hospitalisation entre 2 à 5 jours, elle peut également se dérouler en ambulatoire. Dans ce cadre-ci, le suivi infirmier est renforcé au domicile du patient afin d'éviter toute complication et prendre en charge les douleurs[28].

Dans les 15 jours suivant la chirurgie, le patient peut être amené à consulter l'équipe chirurgicale afin de surveiller son état de santé et pallier les éventuelles complications. Par ailleurs, dans la première année le patient doit se rendre à de multiples rendez-vous auprès de différents spécialistes. En effet, les patients devraient être vus au moins 4 fois la 1ère année dans le cadre de consultations spécialisées médico-chirurgicales (1,3,6 et 12 mois postopératoires), puis à 18 et 24 mois, puis 1 à 2 fois/an à vie selon les spécificités du patient[29].

Outre les consultations de suivi auprès du chirurgien, le patient doit consulter également son médecin traitant pour renouveler les prescriptions, repérer les complications ou encore surveiller le traitement des maladies associées à l'obésité. Un diététicien, un professionnel de l'activité physique adaptée ou encore un kinésithérapeute pourront également recevoir en consultation le patient durant la première année post chirurgie bariatrique afin de l'accompagner tant sur l'évolution posturale, le renforcement musculaire, que la mise en place d'une activité physique adaptée[30].

De plus, après la chirurgie bariatrique, il est conseillé d'adapter son alimentation.

La chirurgie bariatrique induit un changement important pour le métabolisme et le corps du patient. C'est la raison pour laquelle il est parfois nécessaire d'adapter les traitements ainsi que leurs posologies. En effet, des comorbidités, telles que le diabète, peuvent être corrigées. Dès lors, le traitement doit être réévalué et adapté à la nouvelle situation. Il est nécessaire d'éviter, tant que cela est possible, tout médicament toxique pour l'estomac, tels que l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou encore les corticoïdes. Dans le cas particulier d'une chirurgie malabsorptive, la posologie de certains médicaments, tels que les antivitamines K, les antiépileptiques ou encore les hormones thyroïdiennes, doit être modifiée en raison d'une potentielle malabsorption[31].

TA Orléans, 27 mars 2025 (n° 2202656) : la patiente n'est pas fondée à reprocher à l'établissement un défaut d'organisation de son suivi nutritionnel et endocrinien dès lors qu'elle ne s'est pas rendue au rendez-vous préopératoire et qu'elle avait été adressée pour suivi à un autre établissement compte tenu de son déménagement à venir.

Outre l'aspect physique, il est également nécessaire d'assurer un suivi sur l'aspect psychologique et psychiatrique. En effet, dans les suites d'une chirurgie bariatrique, le corps évolue, pouvant induire des modifications psychologiques.
Des signes de détérioration de l'image de soi ou encore des risques suicidaires ont déjà pu être constatés. C'est la raison pour laquelle un temps d'adaptation est souvent nécessaire, qui pourra être facilité par une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre. Une consultation est proposée un an après l'intervention. Ce suivi étant particulièrement recommandé pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaire ou une autre pathologie avant la chirurgie.

Le poids attendu sera atteint à un ou deux ans de la chirurgie. Une reprise de 10 % du poids perdu pouvant survenir généralement après la chirurgie, le patient doit en être informé et préparé.

---

[28] HAS, Juillet 2024, *« Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de vous décider ».*
[29] HAS, Juillet 2024, *« Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de vous décider ».*
[30] Fiches - Recommandations HAS, Février 2024, *« Surpoids et obésité de l'adulte ».*
[31] HAS, Juillet 2024, *« Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de vous décider » ; « Informations pour le médecin traitant »,* Juillet 2009.

Par ailleurs, la chirurgie bariatrique impose au patient d'arrêter son activité professionnelle durant une certaine période. La durée de l'arrêt peut varier selon l'importance de l'obésité, la nature de l'activité professionnelle, l'âge, la nature de la chirurgie ainsi que les suites opératoires.

Afin d'assurer un meilleur suivi des patients postchirurgie bariatrique, les centres spécialisés de l'obésité, dits CSO, peuvent intervenir. Il s'agit d'un établissement de santé, public ou privé, chargé de la prise en charge de l'obésité sévère et complexe, au niveau médical, pédiatrique et chirurgicale, de troisième recours. Centres référents de la prise en charge des cas d'obésité sévère, ces structures participent également à l'organisation et au développement des filières territoriales « Obésité ». Plusieurs cas peuvent bénéficier d'un suivi par un CSO. Il s'agira par exemple des cas d'obésité complexe ou très complexe en raison de leur causes et conséquences, des cas d'obésité multicompliquée ou liés à d'autres pathologies, des cas d'obésité rare, des cas d'échecs répétés même après chirurgie, ou encore des patients en situation de handicap[32].

Ce suivi a d'ailleurs été renforcé lors de la pandémie de Covid-19 et notamment à la suite d'une chirurgie bariatrique. En effet, le ministère des Solidarités et de la santé avait publié, en 2020, une fiche de bonne conduite des professionnels libéraux et hospitaliers concernant la prise en charge des personnes en situation d'obésité dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid-19 car elles sont considérées comme étant à risques et donc vulnérables. Parmi toutes les mesures préconisées par cette fiche, nous pouvons lire qu'un plan de maintien de la continuité des soins et du suivi de la prise en charge de l'obésité a été mis en place, et ce, même si ces personnes ne sont pas contaminées par la Covid-19.

« Il est primordial que les personnes en situation d'obésité veillent au maintien du suivi médical de leur obésité, ***notamment celles ayant eu une intervention de chirurgie bariatrique.***
Certaines personnes en situation d'obésité sont vulnérables sur le plan psychologique ou social. Le confinement et la sédentarité imposée, source de stress, peuvent favoriser les troubles du comportement alimentaire et les décompensations psychologiques (dépression, anxiété). Il est donc nécessaire de maintenir des liens entre ces personnes et leurs soignants.
Le recours à la téléconsultation est à privilégier, lorsque cela est pertinent et selon les règles en vigueur. »

[32] Instruction DGOS filières dédiées à la prise en charge de l'obésité.

B. Les failles dans le suivi : cas des patients perdus de vue

Malgré l'importance du suivi postopératoire dans le cadre d'une chirurgie bariatrique nécessaire pour éviter toute complication, un nombre important de patients perdus de vue existe.

Plusieurs études ont été menées afin de découvrir la réalité des faits :

- Le pourcentage de personnes suivies régulièrement n'atteint pas 50 % à 2 ans et décroît fortement à 5, 10 et 15 ans[33].
- Les centres qui suivent plus de la moitié de leurs patients après deux ans post opératoire sont rares[34].
- « *En France, 5 ans après la chirurgie, la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante chez seulement 12 % des patients* »[35].
- La prise en charge des personnes en obésité sévère ou multi compliquée est insuffisante dans 38 % des cas[36].
- Le nombre de patients ayant une ou plusieurs consultations auprès du chirurgien entre la première et la cinquième année postopératoire est passé de 87,1 % à 29,6 % en 2017. L'étude a permis de conclure que malgré les recommandations nationales et internationales des autorités sur l'importance du suivi postopératoire dans le cadre de chirurgie bariatrique, ce suivi sur le long terme est faible, particulièrement pour les hommes jeunes ayant eu un suivi post opératoire dans les premières années[37].
- Explication des perdus de vue liée au travail. On retrouve plus de perdus de vue chez les personnes de moins de 45 ans et ceux avec une perte de poids minime[38].

Plus de 1 200 actes de chirurgie bariatrique ont été réalisés dans les CSO de l'AP-HP. Il est estimé qu'à ce jour plus de 700 000 personnes ont été opérées de chirurgie bariatrique en France. Selon les données de la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) près de 50 % des patients n'ont plus de suivi à 5 ans après l'acte chirurgical[39].

Mais que faire afin de lutter contre ces perdus de vue ? La tâche d'assurer un suivi continu de tous les patients, en postopératoire d'une chirurgie bariatrique, en France, pourrait de prime abord être ardue, le nombre de perdus de vue en Europe après une chirurgie bariatrique étant assez conséquent.

Toutefois, comme aux Pays-Bas, plusieurs moyens peuvent être mis en place. En effet, dans ce pays, il est dénombré environ 11 % de perdus de vue, contrairement à 40 ou 50 % de perdus de vue dans les autres pays d'Europe. Une préparation obligatoire à la chirurgie, une coordination de qualité entre les professionnels de différentes structures, l'implication du médecin traitant durant tout le parcours de soins, ou encore de multiples contacts avec le patient ont permis d'assurer un suivi régulier des patients et seraient une piste d'amélioration en France[40].

Quelles solutions pour bénéficier d'une meilleure relation médecin traitant / hôpital pour le suivi post chirurgie bariatrique et pour un meilleur suivi par le médecin généraliste ?

Accès à l'information complète : Afin d'assurer son rôle d'évaluation, d'orientation et de suivi, le médecin traitant doit avoir accès à la totalité des informations relatives à la santé de son patient.

[33] Guide parcours surpoids obésité HAS, 2023.
[34] Rapport IGAS 2017-059R.
[35] Rapport *« Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique ».*
[36] Rapport *« Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique ».*
[37] *étude Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort*
[38] *étude Lack of adherence to follow-up visits after bariatric surgery: reasons and outcome*
[39] Site de l'APHP.
[40] Guide parcours surpoids HAS.

En cas de complications, le médecin généraliste doit pouvoir contacter des professionnels spécifiques. Certains médecins traitants militent d'ailleurs pour être intégrés au sein des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) lors de la pose de l'indication chirurgicale, avec les autres professionnels de santé[41]. L'académie nationale de médecine recommande justement que les médecins traitants soient intégrés à cette RCP et puissent collaborer au suivi personnalisé du patient[42].

Contact avec les autres professionnels et meilleure transmission de l'information entre le médecin traitant et le médecin de l'hôpital : Dans le cadre du suivi d'un patient bariatrique, le médecin traitant doit pouvoir entrer en contact avec les autres professionnels, tels que les médecins endocrinologues ou nutritionnistes, qui sont également aptes à prendre en charge le patient, dans leur secteur d'activité. Un patient en chirurgie bariatrique est un patient qui nécessite un suivi par plusieurs spécialités, lesquelles spécialités doivent entrer en contact afin de travailler d'un commun accord et non dans l'ombre l'une de l'autre[43]. Afin d'assurer un suivi régulier et satisfaisant, les médecins généralistes soutiennent l'idée d'un accès rapide aux coordonnées des équipes spécialisées ainsi qu'à la création d'une messagerie permettant d'améliorer le lien médecin traitant / hôpital[44].

III. De l'hôpital à la maison : gestion des complications post-hospitalières

Même si la chirurgie bariatrique comporte un risque de complications plutôt faible, celles-ci peuvent être graves, notamment pour les complications tardives. Elles surviennent à la suite de l'opération et peuvent nécessiter une réintervention dans les cas graves.

La chirurgie bariatrique constitue en chirurgie abdominale un motif fréquent de demandes de réparation pour complications postopératoires.

Le taux d'admission en urgence après une chirurgie bariatrique est de 6 à 21 % des patients durant la première année post chirurgie, un tiers des patients étant pris en charge dans le premier mois post opératoire. Les douleurs abdominales après chirurgie bariatrique représentent 50 % des visites aux urgences[45]. Sur une cohorte de 73 patients, 58 % des hospitalisations interviennent dans l'année suivant la chirurgie bariatrique. Parmi ces patients hospitalisés, 46 % d'entre eux ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale[46].

Pendant la phase peropératoire immédiate, dans les 7 jours suivant l'intervention de chirurgie bariatrique, une hyperthermie, une tachycardie (>120 battements/min), des douleurs abdominales aigües, des vomissements incoercibles, une aphagie complète, une dyspnée, une confusion, une dysphagie ou un reflux gastro-œsophagien imposent une consultation en urgence, au mieux dans la structure de prise en charge chirurgicale initiale[47].

Dans le premier mois après la chirurgie, outre les complications citées précédemment, d'autres complications peuvent également apparaitre et nécessiter une prise en charge en urgence par l'équipe chirurgicale, à savoir des frissons, une fièvre supérieure à 38,5°, une accélération des battements du cœur, un essoufflement, un saignement des cicatrices, du sang dans les selles ou durant un vomissement, un malaise, des arrêts des selles et des gaz ou encore un gonflement des chevilles et des mollets douloureux.

---

[41] Rapport IGAS 2017-059R

[42] Rapport « *Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique* ».

[43] Rapport IGAS 2017-059R.

[44] Thèse de Nicolas CORDONNIER, « *Intégration du médecin généraliste dans le suivi post chirurgie bariatrique via un outil de télésurveillance : enquête de faisabilité »,* 2023.

[45] Étude urgence étape critique du parcours de soins après chirurgie bariatrique

[46] Étude SFMU évaluation des motifs de consultation aux urgences après chirurgie bariatrique.

[47] HAS, Information pour le médecin traitant, *« Chirurgie de l'obésité chez l'adulte ».*

En cas de by-pass gastrique en Y, en phase postopératoire au-delà de 7 jours et à vie :

- Toute douleur abdominale aiguë nécessite une consultation en urgence dans un établissement de soins ;
- Des douleurs abdominales intermittentes non caractérisées nécessitent une consultation auprès d'un chirurgien spécialiste de l'obésité ;
- Une occlusion intestinale doit être suspectée devant des douleurs intestinales aiguës même en l'absence de vomissements.

En cas d'anneau gastrique, devant une aphasie complète, un ASP (radio abdomen sans préparation) doit être réalisé en urgence, et en cas de glissement, l'anneau gastrique doit être complètement dégonflé.

A. La problématique des carences vitaminiques et nutritionnelles

Des carences vitaminiques et nutritionnelles peuvent survenir après une chirurgie bariatrique du fait de la réduction de la taille de l'estomac et/ou à la modification du trajet des aliments dans le tube digestif, ce qui limite l'absorption de certains nutriments essentiels. Cela entraîne alors un déséquilibre en macronutriments, à savoir en protéines, glucides et lipides, ainsi qu'un déficit en micronutriments, particulièrement en minéraux et en vitamines.

Spécifiquement pour la chirurgie restrictive, les carences sont induites particulièrement par les diarrhées et les vomissements. Pour le cas particulier des chirurgies malabsorptives et mixtes, les carences sont dues à une diminution de la sécrétion acide gastrique fondamentale pour l'absorption de vitamines et minéraux, ainsi qu'à une malabsorption duodénojéjunale en raison du court-circuit[48].

Une autre conséquence des carences vitaminiques et nutritionnelles est l'augmentation du risque de fractures, particulièrement à la hanche, le poignet et l'avant-bras en raison d'un manque de calcium et de vitamine D. En permettant l'absorption intestinale du calcium et la fixation sur les os, la vitamine D est indispensable. Or, une diminution de l'absorption et un déficit d'apport peuvent entraîner des carences, qui elles-mêmes peuvent engendrer une hyperparathyroïdie secondaire.

Afin d'éviter des atteintes cardiaques et neurologiques graves, des anémies, de l'ostéoporose, des neuropathies optiques ou encore une insuffisance hépatique à l'origine du décès du patient[49], une supplémentation est systématiquement instaurée et prise par le patient à vie, avec particulièrement des multivitamines, du calcium, de la vitamine D et B12 et du fer, dans le cadre de chirurgie malabsorptive. La HAS a édité des recommandations sur les quantités à instaurer dans le cadre des supplémentations.

Par ailleurs, pour éviter toute complication, un dépistage des carences nutritionnelles a lieu systématiquement à 3, 6, et 18 mois de l'intervention puis chaque année. Il permet de vérifier les taux d'albumine, ferritine, PTH, calcium, vitamine D, B12, B9 et B1[50].

En jurisprudence, la responsabilité des établissements et professionnels de santé est souvent retenue pour défaut de suivi et d'anticipation des carences vitaminiques.

---

[48] Thèse J. BALOUL, Février 2023, *« Prise en charge macronutritionnelle et micronutritionnelle du patient avant et après la chirurgie ».*

[49] Rapport IGAS 2017-059R.

[50] *HAS, « Information pour le médecin traitant Chirurgie de l'obésité chez l'adulte, thèse prise en charge macro et micro nutritionnelle ».*

TJ Bobigny, 12 juin 2024, (n° 22/05158) : une sleeve gastrectomie était réalisée. Dans les suites, une fistule apparaissait ainsi que plusieurs chocs septiques. Lors du retour à domicile, la patiente présentait des épisodes de vomissements et de vertiges. Un syndrome cérébelleux était diagnostiqué.
Plusieurs expertises étaient diligentées concluant en un défaut de surveillance post opératoire. La surveillance était *« peu attentive, la **possibilité connue de désordres importants consécutifs à la sleeve-gastrectomie n'ayant pas été manifestement une préoccupation majeure** du chirurgien*". Le lien de causalité direct et certain était reconnu entre l'absence de prescription de vitamine B1 et le syndrome de Gayet-Wernicke. Un manque de prévention était retenu alors même qu'il s'agit de professionnels de santé avertis "*les médecins et chirurgiens pratiquant la chirurgie bariatrique **doivent connaître cette redoutable complication carentielle et se donner les moyens de la prévenir** par une mesure thérapeutique particulièrement simple (administration parentérale de vitamine B1) »*.

Le Tribunal judiciaire conclut en rappelant que « *la prise en charge nutritionnelle de la fistule a été défaillante, la carence de vitamine B1 **n'ayant été ni anticipée ni traitée au moment où elle aurait pu éviter tout risque de syndrome de Gayet-Wernicke »***.

CA Paris, 11 mai 2023, (n° 22/18252) : Des nausées, des vomissements et des paresthésies du membre inférieur gauche apparaissaient dans les suites d'une sleeve gastrectomie. Le médecin traitant prescrivait alors un traitement symptomatique et orientait la patiente pour la réalisation d'un bilan. Or, des troubles de la marche, avec une asthénie et des vomissements persistants survenaient. Face à l'apparition d'un tableau neurologique avec hémiparésie des membres inférieurs, troubles de la marche, absence de réflexes ostéotendineux et troubles auditifs, la patiente était hospitalisée en urgence, où une encéphalopathie de Gayet-Wernicke de type carentiel, carence en vitamine B1 était diagnostiquée.

Les experts ont conclu en l'existence d'un **accident médical fautif**. En effet, il s'avère que tant le chirurgien que le médecin traitant « *n'ont **pas pensé au risque de survenue d'une encéphalopathie** de Gayet Wernicke devant des **vomissements répétés** et n'ont **pas évoqué ce risque,** ce qui constitue selon eux **une erreur de diagnostic importante »***. Alors même que le chirurgien avait connaissance du risque d'encéphalopathie qui est "*bien connu des chirurgiens bariatriques*", il n'a pas su reconnaître les symptômes. Il est également reproché au médecin traitant d'avoir commis une faute en ne reconnaissant pas ces mêmes symptômes, alors que ces derniers n'ont pas la même formation au regard des chirurgies bariatriques. **Il est ainsi attendu du médecin généraliste qu'il ait les mêmes connaissances des symptômes post opératoires d'une chirurgie bariatrique qu'un chirurgien spécialisé dans ce domaine, alors même qu'ils ne bénéficient pas de la même formation initiale.**

CA Rennes, 17 novembre 2021, (n° 21/00868) :

« L'expertise a mis en évidence une absence d'apport vitaminé et d'oligoéléments pendant près de 60 jours et a expliqué que cette carence a contribué à une encéphalopathie carentielle. Selon les experts, cette carence a duré 3 semaines au Centre médico-chirurgical et le reste à l'hôpital public.
M. Y est un spécialiste de la chirurgie bariatrique et ne peut ignorer les aspects nutritionnels de cette chirurgie et les risques carentiels auxquels sont exposés ses patients.
Messieurs E, F et G ne pouvaient méconnaître l'importance des apports vitaminés et en oligoéléments. Or les 6 et 21 mai 2014 pour M. E, les 23 et 24 mai 2014 pour M. F et le 29 mai 2014 pour M. I, aucun de ces médecins n'a exploré les causes de la symptomatologie présentée par M^me^ X et ne se sont pas assurés de l'existence (ou l'inexistence) d'une alimentation naturelle.
C'est par une juste appréciation que le premier juge a dit que les provisions sollicitées ne se heurtaient à aucune contestation sérieuse.

Chaque médecin ayant concouru à la réalisation du dommage, il convient d'accueillir la demande en condamnation in solidum, la part de responsabilité de chacun ainsi que les appels en garantie feront l'objet d'un débat devant les juges du fond. »

En effet, le Tribunal a conclu en la responsabilité à 50 % du chirurgien viscéral, ainsi qu'en la responsabilité à hauteur de 2 % de chaque anesthésiste réanimateur. Outre une maladresse du chirurgien en raison d'un agrafage transversal complet de l'estomac, le chirurgien viscéral est responsable également en raison d'un défaut de surveillance « *Ils mettent par ailleurs en avant un défaut de réévaluation de la situation suite aux explorations radiologiques ultérieures, l'attente d'une détresse métabolique pour la réalisation d'une gastroscopie, ainsi qu'une* ***absence de prise en compte des aspects nutritionnels importants de cette chirurgie et des risques de carences*** ».

Concernant particulièrement les anesthésistes réanimateurs, ces derniers sont responsables au titre d'un défaut de suivi et de prescription alors même que la patiente présentait « *des signes inquiétants et inhabituels, tant en clinique que du point de vue des examens radiologiques »*. L'état de santé de la patiente motivait la réalisation de plusieurs examens approfondis.

Le Tribunal a particulièrement conclu en l'existence d'un lien de causalité direct et certain entre l'absence d'apports vitaminés et en oligoéléments et le trouble neurologique survenu ultérieurement. La survenue de l'encéphalopathie carentielle était attendue, elle « ***allait apparaître obligatoirement***" en raison de la carence vitaminique, alors même qu'elle était « ***évitable*** *: l'****apport approprié*** *de vitamines et d'oligoéléments durant l'alimentation parentérale exclusive* ***l'aurait prévenue »***.

CAA Paris, 31 janvier 2022, (n° 20PA02735) : une patiente souffrant d'obésité morbide fait l'objet d'une sleeve-gastrectomie. Une alimentation parentérale était instaurée. Les suites étaient toutefois marquées par l'apparition d'un syndrome cérébelleux.
Le rapport d'expertise concluait en l'existence d'un lien de causalité direct entre le défaut d'apport en vitamines et en oligoéléments et l'encéphalopathie carentielle ayant entrainé un syndrome cérébelleux statique. En ne prenant pas en compte le diagnostic acquis par l'équipe médicale de sténose totale gastrique, les diététiciens et les infirmières n'ont pas adapté l'alimentation. Le tribunal rappelle particulièrement que « *la* ***prolongation de la carence en vitamines et en oligoéléments à X pendant 34 jours a aggravé les dommages*** *subis par la patiente »*. C'est la raison pour laquelle l'établissement de santé a été reconnu comme responsable à hauteur de 50 %.

B. Les carences fonctionnelles

Cela concerne les complications liées à l'hypoglycémie et au retentissement osseux.

Le reflux biliaire serait symptomatique dans 10 % des cas selon les études mais pourrait être à l'origine de modifications dysplastiques de la muqueuse gastrique et œsophagienne. En cas de reflux invalidant, à l'origine de régurgitations, ou de conséquences pulmonaires, une conversion de technique opératoire peut être préférée.

Le dumping syndrome est également décrit dans 5 à 10 % des cas et est dû à une vidange gastrique rapide d'aliments hyperosmolaires dans le jéjunum. Il est souvent de survenance précoce après la chirurgie et disparait dans le temps. Les hypoglycémies hyperinsuliné-miques sont à différencier du dumping syndrome et sont plus rares (0,5 %). Elles surviennent plus tardivement, plusieurs mois ou années après le by-pass notamment.

IV. De la perte de poids à la reconstruction : au-delà de la chirurgie bariatrique

A la suite d'une perte conséquente de poids, le corps a évolué et des excès de peau peuvent exister. La Haute autorité de santé recommande d'avoir recours à la chirurgie réparatrice, 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique. Toutefois, la perte de poids doit être stabilisée et aucune dénutrition ne doit être constatée. Un tiers des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique ont recours à la chirurgie réparatrice.

Dans le cadre d'une chirurgie réparatrice, il est toutefois nécessaire de faire **attention aux infections postopératoires**. En effet, dans un dossier, une chirurgie plastique abdominale était réalisée, suivi consécutivement par l'apparition d'une infection à staphylocoque doré. Plusieurs reprises opératoires étaient effectuées permettant finalement de mettre en évidence des remaniements fibro-inflammatoire avec cystotéatonécrose (**TJ Bordeaux, 15 janvier 2025, n° 22/06269**) :

En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise que plusieurs manquements peuvent être reprochés au chirurgien. En effet, le geste chirurgical initial, à savoir la résection abdominale, était insuffisant. En outre, un délai doit en principe être respecté avant de réaliser une chirurgie réparatrice. Aucune recommandation médicale à proprement parler n'existe, toutefois la Haute autorité de santé recommande d'effectuer une telle chirurgie 12 à 18 mois après la chirurgie bariatrique et uniquement si le poids est stabilisé. Or, ce délai n'est parfois pas respecté lorsque le patient est vraiment demandeur de cette chirurgie. Cependant, des risques peuvent se réaliser spécifiquement en cas de chirurgie trop précoce.

Bien que le caractère nosocomial de l'infection ait été reconnu, le Tribunal a explicitement considéré que « ***l'infection constatée étant la conséquence directe et certaine du choix opératoire et thérapeutique du docteur D.****, il convient de considérer qu'elle est entièrement imputable à la faute de ce dernier* ».

Par conséquent, en cas d'infection pouvant être qualifiée de nosocomiale, causée exclusivement par un défaut de prise en charge d'un chirurgien libéral, seul le professionnel de santé sera tenu pour responsable. Dès lors, la responsabilité de l'établissement de santé pourra être écartée.

Par ailleurs, dans sa **décision du 14 juin 2023 (n°22-18.400)**, la première chambre civile de la Cour de cassation rappelle qu'il appartient aux juges du fond de se prononcer sur la finalité thérapeutique, reconstructrice ou esthétique d'une intervention, à l'origine d'une infection nosocomiale, lorsqu'ils déterminent le régime d'indemnisation ou de responsabilité applicable.

CAA Lyon, 17 décembre 2020, (n° 19LY00080) : « *Il résulte du rapport d'expertise que Mme E..., patiente multi opérée, a subi le 19 décembre 2008 une chirurgie bariatrique par by-pass ainsi qu'une cure d'éventration avec la mise en place d'une plaque et, le 7 novembre 2011, une abdominoplastie a minima. Le 15 janvier 2013, elle a subi une reprise de lipectomie abdominale, mais limitée aux bourrelets inférieurs compte tenu de ses antécédents médicaux. L'expert indique que l'information délivrée à Mme E. a été uniquement orale mais qu'aucun document écrit n'en précise les termes.*

Il résulte également de l'instruction que les suites de l'intervention du 15 janvier 2013 ont été compliquées par une ***infection à streptocoque*** *qui a nécessité une hospitalisation, un drainage chirurgical avec prélèvement bactériologique, pose de drains et mise en route d'une antibiothérapie.*

Il n'est pas établi par le CHU, sur lequel pèse la charge de la preuve, que Mme E. aurait été informée du risque d'infection liée à l'intervention chirurgicale qu'elle a subie le 15 janvier 2013 et ce alors que l'expert souligne que " le risque infectieux était majeur chez cette patiente " compte tenu de son obésité résiduelle, du diabète et de la dermatose chronique dont elle souffrait.

Toutefois, il est certain que l'intéressée, qui avait déjà fait l'objet d'une abdominoplastie le 7 novembre 2011 et qui avait, par le passé, présenté de multiples complications infectieuses, aurait, ***compte tenu de l'absence d'alternative thérapeutique à l'intervention chirurgicale qui lui était proposée, encore consenti à cette opération si elle avait été informée du risque d'infection liée à l'intervention chirurgicale.*** *Par suite, alors même que le centre hospitalier universitaire n'apporte pas la preuve, qui lui incombe, que Mme E. a été informée de ce que cette opération comportait ce risque,* ***le manquement de l'établissement hospitalier à son devoir d'information n'a privé Mme E. d'aucune chance de se soustraire à ce risque en renonçant à l'opération****. »*

CAA Marseille, 11 juillet 2019, (n° 18MA04661) : *« Après un amaigrissement majeur à la suite d'une chirurgie bariatrique, une dermo-lipectomie abdominale a été pratiquée sur Mme L. 1 an après. Il résulte de l'instruction, et notamment de l'expertise, que le* ***déficit fonctionnel permanent*** *dont reste atteinte Mme L. du fait de la nécrose cutanée a été évalué à* ***8 %****, taux inférieur au seuil requis par les dispositions de l'article D. 1142-1 du code de la santé publique (…) Par suite, les conditions de mise en œuvre d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale ne sont pas réunies. »*

La chirurgie réparatrice ou esthétique engendrée par la chirurgie bariatrique doit également remplir certaines conditions et un suivi rigoureux. À défaut, la responsabilité du chirurgien peut être engagée.

TJ Bordeaux, 15 janvier 2025, (n° 22/06269) : le non-respect du délai de 2 ans entre la réalisation d'une chirurgie bariatrique et d'une dermolipectomie constitue un manquement (en l'espèce 1 an et 9 mois) engageant la responsabilité du praticien dont il ne peut s'exonérer en se prévalant de la demande expresse d'en bénéficier « au plus tôt » ni en se prévalant de l'aval du médecin de la sécurité sociale, celui-ci étant seulement chargé de donner une réponse sur l'éligibilité de l'intervention à une prise en charge par la Caisse de sécurité sociale.

Outre ce manquement, la demande expresse de la patiente ne dispense pas le chirurgien de lui délivrer toutes les informations s'agissant des risques encourus du fait de la précocité de l'intervention.

Enfin, l'exérèse insuffisante ayant nécessité plusieurs retouches successives, parfois trop rapprochées dans le temps, et exposant ainsi la patiente à un risque de contamination de la nouvelle zone d'exérèse, étant précisé par ailleurs que les protocoles de soins mis en place n'étaient pas conformes aux règles de l'art, constitue une faute engageant la seule responsabilité du chirurgien.

V. Chirurgie bariatrique et grossesse : un parcours de soins à adapter

En France, l'obésité concerne 10 % des femmes en âge de procréer. Elle est associée à un risque de complications sévères pendant la grossesse et ces risques augmentent avec l'indice de masse corporel.

La chirurgie bariatrique peut améliorer la fertilité et diminuer les risques liés à la grossesse. En effet, la perte de poids post opératoire améliore souvent la fertilité en particulier chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques (SPOK). Elle a également un impact sur les issues maternelles, obstétricales et post-natales.
De nos jours, la grossesse chez la femme opérée de chirurgie bariatrique est devenue une situation commune.

Cette question soulève néanmoins certaines précautions importantes.

Dans le cadre du suivi post opératoire, la question de la contraception doit également être posée. Si la chirurgie bariatrique est totalement contre-indiquée chez les femmes enceintes, pour les autres cas, une contraception doit nécessairement être mise en place tant en préopératoire qu'en post opératoire, durant 12 à 18 mois. La chirurgie malabsorptive peut diminuer l'efficacité de la contraception orale. Ainsi, une autre méthode de contraception doit être instaurée. Si la patiente a un souhait de grossesse après une telle chirurgie, le suivi doit être adapté, sachant qu'il est recommandé d'attendre un an après la chirurgie et la stabilisation du poids.

Un suivi nutritionnel par une équipe pluridisciplinaire pourra alors être débuté avant la conception, et poursuivi durant toute la grossesse ainsi qu'en post partum. En début de grossesse, une supplémentation en acide folique pourrait être nécessaire. L'anneau gastrique pourrait également être ajusté[51]. Le suivi par l'équipe multidisciplinaire réunissant nutritionniste, obstétricien, anesthésiste et chirurgien est essentiel.

Tout au long de la grossesse, la surveillance doit être accrue. En effet, il peut y avoir un risque accru de bébé de petit poids pour l'âge gestationnel. Les particularités de la prise en charge obstétricale vont être centrées sur le dépistage des anomalies de croissance fœtale, surtout au cours du troisième trimestre et l'adaptation des échographies obstétricales. Une échographie supplémentaire peut être proposée.

Par ailleurs, il est conseillé aux femmes enceintes de consulter dans une maternité de niveau 2 ou 3 selon l'état de santé de la mère.

Une étude a été menée dans une maternité de type 3 et un centre de référence du traitement de l'obésité portant sur toutes les grossesses après chirurgie bariatrique sur 10 ans, analysant les complications chirurgicales[52]. De cette étude, 8 complications chirurgicales digestives majeures sont ressorties parmi 141 grossesses après chirurgie bariatrique. En revanche, aucun cas de mort maternelle ou périnatale n'a été recensée.

Une autre étude comparative plus ancienne, a comparé le cas de 63 grossesses issues de patientes opérées en comparaison à 259 grossesses issues de patientes obèses non opérées[53]. Il est ressorti de cette étude que les patientes opérées développaient moins de diabète gestationnel et donnaient naissance à des enfants par voie basse, non macrosomes et moins petits pour l'âge gestationnel. L'état néonatal des enfants était amélioré chez les patientes opérées avec un meilleur score d'Apgar. En revanche, les patientes opérées prenaient plus de poids pendant la grossesse et seulement 53 % d'entre elles avaient eu une prise en charge nutritionnelle.

La chirurgie bariatrique améliore donc le pronostic obstétrical et néonatal. La prise en charge multidisciplinaire est cependant essentielle afin d'assurer un suivi adapté de la maman et de l'enfant. La surveillance des carences nutritionnelles, du développement fœtal, et des complications chirurgicales est essentielle pour assurer une grossesse en toute sécurité.

Dans **une décision de la Cour administrative d'appel de Paris du 22 mai 2020, n° 19 PA02430,** les juges retiennent la responsabilité du chirurgien qui n'a pas diagnostiqué la grossesse de la patiente avant son intervention.

[51] Fiches HAS – « *Information pour le médecin traitant Chirurgie de l'obésité chez l'adulte »* et « *Ce qu'il faut savoir avant de vous décider chirurgie de l'obésité* ».

[52] « *Complications digestives chirurgicales après chirurgie bariatrique pendant la grossesse : expérience d'un centre de périnatalité et de chirurgie bariatrique* », A. Chevrot, N. Lesage, S. Msika, L. Mandekbrot, mai 2015

[53] « *Impact de la chirurgie bariatrique sur le pronostic obstétrical* », L. Fumery, M. Pigeyre, C. Fournier, L. Arnalsteen, G. Rivaux, D. Subtil, P. Deruelle, octobre 2012

D'une part, cela a entraîné une naissance prématurée et d'autre part, la mère, en situation d'obésité, n'a pas pu bénéficier d'un suivi adapté : « *Il résulte du rapport d'expertise médical, que la paralysie cérébrale dont est atteinte Mlle A est en lien direct et exclusif avec la très grande prématurité de sa naissance. Celle-ci est due à la circonstance que* ***l'état de grossesse de sa mère n'a pas été diagnostiqué préalablement à la réalisation,*** *le 11 février 2013, de l'intervention de chirurgie bariatrique (sleeve gastrectomie), qui contre-indiquait une grossesse pendant un long délai. Si le constat d'une grossesse en cours avait été fait, soit la patiente aurait eu* ***recours à une interruption volontaire de grossesse, soit cette intervention chirurgicale aurait été différée****, et ainsi le stérilet n'aurait pas été posé le 17 janvier 2013 alors que la patiente était déjà enceinte et elle n'aurait pas été soumise, comme elle l'a été après son opération, à un entraînement sportif intensif et à un régime alimentaire strict. De surcroît, ce défaut de diagnostic de son état de grossesse* ***ne lui a pas permis de bénéficier d'un suivi obstétrical alors même que, du fait de son obésité, elle présentait un risque sensiblement plus élevé de prématurité que la population générale.*** *L'ensemble de ces éléments sont à l'origine de la naissance très prématurée de Mlle A, elle-même à l'origine de son état actuel ».*

Conclusion

La chirurgie bariatrique est une intervention hautement spécialisée, qui requiert une maîtrise technique rigoureuse ainsi qu'un accompagnement médical à chaque étape du parcours de soins.

Elle implique un suivi préopératoire, périopératoire et postopératoire minutieux, tant sur le plan physique que psychologique. En raison de sa complexité et des risques non négligeables qu'elle comporte, cette chirurgie demeure une option lourde, à envisager avec précaution.

La stabilisation, voire la légère baisse observée récemment dans le nombre de ces interventions, peut être liée en partie aux **avancées médicamenteuses** dans le traitement de l'obésité, ou **chirurgicales** telles que la mise en place de ballons gastriques et certaines techniques endoscopiques (ex : gastroplastie endoscopique).

En effet, en 2019, près de **60 000 actes** de chirurgie bariatrique ont été recensés contre **45 000 actes** estimés sur l'année 2023, soit une **baisse de près de 25 %.**

Elles représentent une avancée significative dans la prise en charge de l'obésité, qui offrent désormais des alternatives moins invasives pour certains patients, avec des résultats cliniques prometteurs, en particulier pour ceux ayant un IMC modérément élevé ou non éligibles ou encore, réticents à la chirurgie.

Ces nouvelles approches ne doivent pas être vues comme concurrentes, mais plutôt comme complémentaires dans une stratégie thérapeutique personnalisée contre l'obésité.

Il semblerait que la baisse des chirurgies bariatriques ne traduit pas un désintérêt pour la prise en charge de l'obésité, mais plutôt une diversification des options thérapeutiques.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres de la COREME pour leur aide précieuse dans la rédaction de cette brochure.

Mesdames Sandrine ALMONACIL, Arielle LUQUET, Anne-Marie PAPEIX, Frédérique POTTIER, Delphine TOUATI et Messieurs Patrick FLAVIN, Emmanuel POIRIER, Stéphane THELLIEZ.

Un grand merci également à Mme Marine BLUNT et M. Mickael RIUS.

Monsieur William DJADOUN, Délégué Général de l'AREDOC, ainsi que Mesdames Elodie ZERBIB, Sarah BOUSSA et Lucie TSCHENET se chargeant en outre de coordonner la réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

Revues et ouvrages :

- *« Chirurgie de l'obésité : risques et gestion des complications »*, Maud ROBERT, Post'U (2016)
- Chirurgien viscéral conseil, MACSF, « La responsabilité du médecin traitant après la chirurgie », *Jean-Edouard CLOTTEAU*
- *« Impact de la chirurgie bariatrique sur le pronostic obstétrical »,* L. Fumery, M. Pigeyre, C. Fournier, L. Arnalsteen, G. Rivaux, D. Subtil, P. Deruelle, Octobre 2012
- *« Complications digestives chirurgicales après chirurgie bariatrique pendant la grossesse : expérience d'un centre de périnatalité et de chirurgie bariatrique »,* A. Chevrot, N. Lesage, S. Msika, L. Mandekbrot, Mai 2015
- *« Complications digestives chirurgicales après chirurgie bariatrique pendant la grossesse : expérience d'un centre de périnatalité et de chirurgie bariatrique »*, CHEVROT A., LESAGE N., MSIKA S. et MANDELBROT L., 2016
- *« Grossesse et chirurgie bariatrique : points critiques »,* CIANGURA C., NIZARD J., POITOU-BERNERT C., DOMMERGUES M., OPPERT J.-M. et BASDEVANT A., 2015
- « Quelle prise en charge de la grossesse après une chirurgie bariatrique ? » SALVATOR M., VEYRIE N., ROZENBERG P. et BERVEILLER P., 2020
- *« La chirurgie bariatrique : le point de vue du chirurgien bariatrique et de l'expert médical »,* GIGOT J.-F. et NAVEZ B., 2023

Codes :

- Code de la santé publique
- Code de déontologie médicale
- Code de la sécurité sociale

Sites :

- APHP
- Le diabète dans tous ses états
- Légifrance
- Doctrine

Textes et recommandations :

- Recommandations de la Haute autorité de santé, 2009
- Recommandations de la Haute autorité de santé, 2024
- Fiche pratique de la Haute autorité de santé de 2024 : « *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux, Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique »*
- Fiche d'information de la Haute autorité de santé de 2024, *« Information pour le médecin traitant, Chirurgie »*
- Fiche pratique de la Haute autorité de santé, Juillet 2024, *« Chirurgie de l'obésité : ce qu'il faut savoir avant de vous décider ».*
- Fiche pratique de la Haute autorité de santé, Février 2024, *« Surpoids et obésité de l'adulte »*
- Fiche pratique de la Haute autorité de santé, Juillet 2009, *« Informations pour le médecin traitant »*

- Fiche pratique de la Haute autorité de santé, Juillet 2009, *« Information pour le médecin traitant, Chirurgie de l'obésité chez l'adulte, thèse prise en charge macro et micro nutritionnelle »*
- Thèse « Intégration du médecin généraliste dans le suivi post chirurgie bariatrique via un outil de télésurveillance : enquête de faisabilité », Nicolas CORDONNIER, Janvier 2024.
- Rapport IGAS 2017-059R.
- Guide du parcours surpoids obésité de la Haute autorité de santé, 2023.
- Etude de *Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort*
- Etude de *Lack of adherence to follow-up visits after bariatric surgery: reasons and outcome*
- Thèse de J. BALOUL, Février 2023, *« Prise en charge macronutritionnelle et micronutritionnelle du patient avant et après la chirurgie »*

ANNEXES

Doctrine

Cour d'appel d'Amiens, 2e protection sociale, 30 janvier 2023, n° 19/05528

CA Amiens
17 juin 2021
>
CA Amiens
Confirmation
30 janvier 2023

Sur la décision

Référence : CA Amiens, 2e protection soc., 30 janv. 2023, n° 19/05528

Juridiction : Cour d'appel d'Amiens

Numéro(s) : 19/05528

Importance : Inédit

Décision précédente : Cour d'appel d'Amiens, 16 juin 2021

Dispositif : Autre

Date de dernière mise à jour : 6 août 2024

Lire la décision sur le site de la juridiction

Sur les parties

Avocat(s) :
Judith OZUCH

Parties :
CPAM DE [Localité 5] [Localité 3]

Texte intégral

ARRET

N°121

CPAM DE [Localité 5] [Localité 3]

C/

[J]

COUR D'APPEL D'AMIENS

2EME PROTECTION SOCIALE

ARRET DU 30 JANVIER 2023

****

N° RG 19/05528 – N° Portalis DBV4-V-B7D-HNIQ – N° registre 1ère instance : 18/0734

JUGEMENT DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE LILLE (Pôle Social) EN DATE DU 25 juin 2019

ARRÊT DE LA 2IÈME CHAMBRE DE LA PROTECTION SOCIALE DE LA COUR D'APPEL D'AMIENS EN DATE DU 17 juin 2021

PARTIES EN CAUSE :

APPELANT

La CPAM DE [Localité 5] [Localité 3], agissant poursuites et diligences de ses représentants légaux domiciliés en cette qualité audit siège

[Adresse 1]

[Adresse 1]

[Localité 3]

Représentée par Mme [D] [I] dûment mandatée

ET :

INTIMEE

Madame [E] [J]

[Adresse 2]

[Adresse 2]

[Localité 4]

Représentée par Me Judith OZUCH, avocat au barreau de LILLE

(bénéficie d'une aide juridictionnelle Partielle numéro 2020/003951 du 28/05/2020 accordée par le bureau d'aide juridictionnelle de AMIENS)

DEBATS :

A l'audience publique du 22 Septembre 2022 devant Mme Elisabeth WABLE, Président, siégeant seul, sans opposition des avocats, en vertu des articles 786 et 945-1 du Code de procédure civile qui a avisé les parties à l'issue des débats que l'arrêt sera prononcé par sa mise à disposition au greffe le 30 Janvier 2023.

GREFFIER LORS DES DEBATS :

Mme Marie-Estelle CHAPON

COMPOSITION DE LA COUR LORS DU DELIBERE :

Mme Elisabeth WABLE en a rendu compte à la Cour composée en outre de:

Mme Elisabeth WABLE, Président,

Mme Graziella HAUDUIN, Président,

et Monsieur Renaud DELOFFRE, Conseiller,

qui en ont délibéré conformément à la loi.

PRONONCE :

Le 30 Janvier 2023, par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au 2e alinéa de l'article 450 du code de procédure civile, Mme Elisabeth WABLE, Président a signé la minute avec Mme Marie-Estelle CHAPON, Greffier.

*

* *

DECISION

Vu le jugement rendu le 25 juin 2019 par lequel le Pôle social du tribunal de grande instance de Lille a :

— dit que l'expertise du docteur [Y] est entachée de nullité pour non respect par la caisse primaire d'assurance maladie de [Localité 5] [Localité 3] (ci-après la CPAM) des dispositions de l'article R. 141-4 du code de la sécurité sociale,

— condamné en conséquence la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] à prendre en charge le coût de l'opération chirurgicale de Mme [J],

— ordonné l'exécution provisoire du jugement,

— condamné la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] à payer à Mme [J] la somme de 500 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile,

— condamné la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] aux dépens.

Vu l'appel du jugement relevé par la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] le 10 juillet 2019,

Vu l'arrêt rendu entre les parties le 17 juin 2021, par lequel la cour d'appel d'Amiens a :

— infirmé la décision déférée en ce qu'elle a dit que l'expertise du docteur [Y] est entachée de nullité,

— Statuant à nouveau du chef infirmé, a :

— dit régulière l'expertise effectuée par le docteur [Y],

— débouté Mme [J] de sa demande en annulation du rapport d'expertise effectué par le docteur [Y],

— confirmé la décision déférée en ce qu'elle a dit que Mme [J] ne pouvait se prévaloir d'une acceptation tacite de la demande de prise en charge de l'intervention chirurgicale,

— Avant dire droit sur le surplus des demandes,

— ordonné une expertise et désigné à cet effet le docteur [V] [O],

— ordonné la consignation par la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] d'une somme de 500 euros à valoir sur la rémunération de l'expert,

— renvoyé l'affaire à l'audience ,

— réservé les demandes fondées sur l'article 700 du code de procédure civile.

Vu les conclusions visées par le greffe le 22 septembre 2022 et soutenues oralement lors de l'audience, par lesquelles la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] prie la cour de :

— la recevoir dans ses conclusions,

— débouter Mme [J] de ses demandes, fins et conclusions,

— confirmer le refus de prise en charge de l'acte codé QBF008,

— débouter Mme [J] de sa demande de condamnation au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Vu les conclusions visées par le greffe le 22 septembre 2022 et soutenues oralement lors de l'audience, par lesquelles Mme [E] [J], par l'intermédiaire de son conseil, prie la cour de :

— la dire et juger recevable et bien-fondée en ses demandes,

— ordonner la prise en charge par la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] de l'opération codée QBFA008,

— condamner la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] au paiement de la somme de 1500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

— condamner la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] aux entiers dépens de l'instance,

***

SUR CE LA COUR

Madame [E] [J] a été hospitalisée en 2015 pour la pose d'un anneau gastrique, lequel a fait l'objet d'une ablation en 2016. Elle a ensuite été opérée d'une gastrectomie longitudinale, laquelle a mis en évidence un «abdomen pendulum recouvrant partiellement le pubis», nécessitant, une fois «l'IMC» stabilisé, une opération de chirurgie réparatrice, codée QBFA008.

Une demande d'entente préalable a été formulée le 20 septembre 2017 par le docteur [R], médecin spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, aux fins de prise en charge de cette opération, codée QFBA008, par la CPAM de [Localité 5] [Localité 3].

Le médecin-conseil de la CPAM a opposé un refus à cette demande, lequel a été contesté par Madame [E] [J], qui a sollicité la mise en 'uvre d'une expertise technique en application de l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale.

L'expertise technique a été confiée au docteur [Y].

Par courrier du 7 décembre 2017, la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] a notifié à Mme [J] les conclusions du docteur [Y], selon lesquelles l'intervention dont la prise en charge était demandée par entente préalable ne correspondait pas à ce qui figurait dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), et a ainsi confirmé le refus de prise en charge.

Contestant ce refus, Mme [J] a saisi la commission de recours amiable, qui a rejeté sa requête, puis la juridiction de la sécurité sociale laquelle, par jugement dont appel, a statué comme indiqué précédemment.

La CPAM de [Localité 5] [Localité 3] ayant interjeté appel de ce jugement, la cour d'appel d'Amiens, suivant arrêt rendu entre les parties le 17 juin 2021, a notamment ordonné la mise en 'uvre d'une expertise médicale confiée au docteur [V] [O].

Aux termes de son rapport, le docteur [O] conclut de la manière suivante : «Mme [E] [J] répond aux critères de prise en charge de l'intervention codée QBFA008 dont le libellé est «dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic et lipoaspiration de l'abdomen». Cette intervention relève d'une prise en charge par la CPAM».

Suite au dépôt du rapport d'expertise précité, la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] conclut à la confirmation du refus de prise en charge de l'acte litigieux et au rejet des demandes de Mme [J] .

Elle rappelle que la cour d'Appel d'Amiens a dit régulière l'expertise effectuée par le docteur [Y].

S'agissant du refus de prise en charge de l'acte en cause, elle précise que le docteur [Z], médecin-conseil a indiqué qu'il n'existait pas de dégradation majeure de la paroi abdominale antérieure, élément essentiel caractéristique de la chirurgie réparatrice, comme le confirme le docteur [Y].

Elle conteste en conséquence les conclusions du rapport d'expertise effectué par le docteur [O].

Mme [J] conclut à la prise en charge de l'opération dont elle a fait l'objet, codée QBFA 008.

S'agissant de l'expertise du docteur [Y], elle fait valoir que ce dernier, médecin généraliste, a effectué son expertise sans que le docteur [R] ait été convoqué ni même qu'il ait reçu le rapport d'expertise. Elle estime que l'expertise n'a pas été contradictoire, est imprécise et ne comporte aucun protocole ni motivation.

Elle expose par ailleurs que la Classification Commune desActes Médicaux 5CCAM), constituant le référentiel CPAM, énonce en son codage QBFA-008 que l'abdominoplastie est un acte remboursable soumis à entente préalable, que les critères de recevabilité permettant une prise en charge de son opération sont l'existence d'un «tablier abdominal «, soit un recouvrement total ou partiel du pubis par la peau de la partie inférieure de l'abdomen, et un antécédent de chirurgie de l'obésité, et que ces critères sont remplis en l'espèce.

Elle précise avoir perdu 56 kg, qu'il lui était difficile d'exercer ses obligations professionnelles en qualité d'animatrice d'éveil auprès de la petite enfance dès lors qu'elle devait supporter le poids des enfants et celui de sa peau ventrale, ce qui engendrait des douleurs dorsales.

Elle souligne que le docteur [O], expert, a conclu, aux termes d'un rapport très détaille, qu'elle répondait aux critères de prise en charge par la CPAM de l'intervention litigieuse.

Conformément à l'article 455 du code de procédure civile, il est renvoyé aux écritures des parties s'agissant de la présentation plus complète de leurs demandes et des moyens qui les fondent.

***

* Sur la prise en charge par la CPAM de l'opération litigieuse :

En référence à la classification commune des actes médicaux (CCAM), la dermolipectomie abdominale avec transposition de l'ombilic et lipoaspiration de l'abdomen, intervention ayant le code QBFA008, est prise en charge par la CPAM pour l'indication suivante : « chirurgie réparatrice dans les dégradations majeures de la paroi abdominale antérieure avec tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, justifié par une photographie préopératoire :

— après amaigrissement pour obésité morbide,

— dans les suites de la chirurgie bariatrique,

— en post-opératoire ou

— en post-gravidique. »

En l'espèce, médecin-conseil de la CPAM a émis un défavorable à la prise en charge de l'intervention litigieuse en ces termes : « avis défavorable médical car malgré un tablier abdominal recouvrant au moins partiellement le pubis, il n'existe pas de dégradation majeure de la paroi abdominale antérieure, qui est l'élément essentiel caractéristique de la chirurgie réparatrice ... ».

Le docteur [Y], désigné dans le cadre de l'expertise technique, a également émis un avis défavorable à la prise en charge.

En revanche, le docteur [O], médecin expert désigné par cette cour est d'avis , aux termes de son rapport que Mme [J] répond aux critères de prise en charge de l'intervention codée QBFA008 , dès lors qu'elle présentait « un tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, après amaigrissement pour obésité morbide , dans les suites de la chirurgie bariatrique »

Les conclusions du docteur [O] sont claires, détaillées , circonstanciées et font apparaître que Mme [J] a subi, en 2017, une chirurgie « Sleeve » ayant conduit à une perte de poids suivie d'une ptose abdominale permettant de retenir, pour le docteur [R], l'indication d'une abdominoplastie, codée QBFA008.

Les photographies, datant de 2018, figurant dans le rapport d'expertise,montrent que Mme [J] présentait en effet un tablier abdominal recouvrant partiellement le pubis, apparu après amaigrissement pour obésité morbide, dans les suites d'une chirurgie bariatrique, cette situation étant confirmée par plusieurs médecins.

Ainsi, dans son attestation établie le 26 octobre 2017, le docteur [H], médecin généraliste,indique que l'interessée présentait des « lombalgies aiguës à répétition depuis son importante perte pondérale suite à des chirurgies bariatriques (49 kg en 1 an et demi). Importante perte pondérale ayant entrainant inévitablement un abdomen pendulum recouvrant le pubis et participant fortement aux douleurs lombaires ».

De l'attestation du docteur [K], du 31 janvier 2019, il ressort que « Mme [J] a perdu au total 56 kg passant d'un poids à 120 kg pour 1.68 m (IMC à 42.5 kg/m²) à un poids actuel de 64 kg (IMC à 22.6 kg/m²) ».

Au vu du rapport effectué par le docteur [O] et des éléments médicaux produits par Mme [J], non utilement remis en cause par la caisse, la cour considère que Mme [J] remplit les conditions de prise en charge de l'intervention litigieuse codée QBFA008.

En conséquence et pour les motifs ci-dessus substitués à ceux des premiers juges, la cour confirmera la décision déférée en ce qu'elle a condamné la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] à prendre en charge le coût de l'opération chirurgicale codée QBFA008.

* Sur l'article 700 du code de procédure civile :

Les premiers juges ont fait une juste appréciation de l'équité.

Il serait inéquitable de laisser à la charge de Mme [E] [J] les frais irrépétibles exposés en appel.

La CPAM de [Localité 5] [Localité 3] sera condamnée à lui verser la somme de 1500 euros sur ce fondement.

* Sur les dépens :

Conformément à l'article 696 du code de procédure civile, la CPAM de [Localité 5] [Localité 3], partie succombante, sera condamnée aux entiers dépens de l'instance.

PAR CES MOTIFS

La cour, statuant publiquement par arrêt contradictoire, mis à disposition au greffe,

Confirme le jugement déféré en ce qu'il a condamné la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] à prendre en charge le coût de l'opération chirurgicale de Mme [E] [J], et en ses dispositions relatives à l'article 700 du code de procédure civile et aux dépens,

Y ajoutant,

Condamne la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] aux dépens,

Condamne la CPAM de [Localité 5] [Localité 3] au paiement de la somme de 1500 euros à Mme [E] [J] sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile, au titre des frais irrépétibles d'appel.

Le Greffier, Le Président,

Doctrine

CAA de NANTES, 3ème chambre, 24 mai 2024, 23NT02527, Inédit au recueil Lebon

TA Rennes Rejet 23 juin 2023	>	**CAA Nantes** **Annulation** **24 mai 2024**

Sur la décision

Référence : CAA Nantes, 3e ch., 24 mai 2024, n° 23NT02527

Juridiction : Cour administrative d'appel de Nantes

Numéro : 23NT02527

Importance : Inédit au recueil Lebon

Type de recours : Excès de pouvoir

Décision précédente : Tribunal administratif de Rennes, 22 juin 2023, N° 1902212

Dispositif : Satisfaction partielle

Date de dernière mise à jour : 1 août 2024

Identifiant Légifrance : CETATEXT000049606951

Sur les parties

Président : M^me^ BRISSON

Rapporteur : M^me^ Christiane BRISSON

Rapporteur public : M. BERTHON

Avocat(s) :
Adeline RICHARD-MICHELET Silvère Marvie SARL TGS FRANCE AVOCATS Céline ROQUELLE MEYER Danaé PAUBLAN Florence JAMIER-JAVAUDIN

Cabinet(s) :
ARES

Parties :
société Axa France Vie c/ centre hospitalier Bretagne Atlantique Vannes-Auray (CHBA)

Texte intégral

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

M. H Hecquet et M^me^ D F, agissant tant en leur nom personnel qu'en qualité de représentants légaux de leur enfant mineure M^me^ B Hecquet, ainsi que M. C Hecquet ont demandé au tribunal administratif de Rennes de condamner le centre hospitalier Bretagne Atlantique Vannes Auray (CHBA) à leur verser la somme de 169 591,38 euros en réparation des préjudices subis en raison de la prise en charge de M. Hecquet le 1er février 2013.

Par un jugement n° 1902212 du 23 juin 2023 le tribunal administratif de Rennes a condamné le CHBA à leur verser la somme totale de 169 211,63 euros ainsi qu'une somme de

244 686,70 euros à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Finistère et une rente annuelle de 9 620,52 euros jusqu'au 4 août 2026, revalorisée en application des coefficients prévues à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale.

Procédure devant la cour :

Par une requête et un mémoire enregistrés les 22 août 2023 et 23 janvier 2024, le centre hospitalier Bretagne Atlantique Vannes-Auray (CHBA) et la société Axa France Vie, représentés par M[e] Jamier-Javaudin, demandent à la cour :

1°) d'annuler ce jugement du 23 juin 2023 ;

2°) à titre principal :

— de rejeter les demandes présentées par les consorts Hecquet et la CPAM du Finistère ;

— de mettre à la charge des consorts Hecquetla somme de 2 000 euros sur le fondement de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

3°) à titre subsidiaire :

— de faire application d'un taux de perte de chance de 25 % ;

— de ramener à de plus justes proportions la somme destinée à réparer les souffrances endurées par M. Hecquet ;

— de rejeter la demande présentée par ce dernier au titre de l'incidence professionnelle subie ;

— de confirmer le montant de l'évaluation des autres postes de préjudices ;

— de rejeter l'appel incident présenté par la CPAM du Finistère.

Il soutient que :

— aucune faute n'a été commise par le CHBA :

. le défaut de précaution relevé par l'expert ne peut être assimilé à une faute au sens de l'article L.1142-1 du code de la santé publique ;

. le retard dans la réalisation, le 5 février 2013, d'un scanner n'a pas été à l'origine de préjudices ; le second retard lié au délai de réalisation d'une ponction sous scanner est lié à la survenue de l'infection mais est sans lien avec la durée des douleurs et de l'état fébrile ;

— aucune responsabilité au titre de l'infection nosocomiale ne peut être constatée : cette infection est la conséquence d'un aléa thérapeutique devant être pris en charge au titre de la solidarité nationale ; le caractère de gravité est rempli eu égard aux conséquences professionnelles pour M. Hecquet ; l'ONIAM est donc tenu à réparer les préjudices subis par M. Hecquet ;

— subsidiairement, si le CHBA était tenu de réparer les préjudices de la victime, il devrait être fait application d'un taux de perte de chance de 25 % ;

— à titre infiniment subsidiaire, les souffrances endurées peuvent être évaluées entre 3,5 et 4/7 et ne saurait être supérieure à 10 000 euros ;

— la créance de la CPAM à son encontre doit être rejetée.

Par un mémoire enregistré le 21 septembre 2023, la CPAM du Finistère, représentée par

M[e] Paublan, demande à la cour :

1°) de rejeter la requête du CHBA ;

2) par la voie de l'appel incident, de mettre à la charge du CHBA le versement de la somme complémentaire de 13 629,07 euros au titre de la pension d'invalidité versée à M. Hecquet entre le 1er février 2022 et le 23 juin 2023, date du jugement ;

3°) de condamner le CHBA à lui verser la somme de 3 000 euros au titre de l'article

L. 761-1 du code de justice administrative et aux dépens ;

Elle soutient que :

— il y a lieu d'actualiser sa créance au titre de la pension d'invalidité entre le 1er février 2022, date de clôture de l'instruction devant le tribunal, et le 26 avril 2022, date du dernier état de ses débours, soit une somme de 13 629,07 euros ;

— des fautes médicales ont été commises au sein du CHBA à savoir l'omission de mobilisation du tube de Fauchet, l'absence de délai raisonnable pour procéder à la réintervention du 8 février 2013 et le retard dans la réalisation des examens demandés ;

— le montant de la pension d'invalidité versée de février 2022 à juin 2023 s'élève à 13 629,07 euros.

Par des mémoires enregistrés les 2 novembre 2023 et 16 février 2024, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes (ONIAM), représenté par M^e^ Roquelle-Meyer, demande à la cour :

1°) de rejeter la requête du CHBA ;

2°) de prononcer sa mise hors de cause et de rejeter toute demande de condamnation au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative qui serait dirigée contre lui ;

3°) de mettre les dépens à la charge de toute partie succombante.

Il soutient que :

— Il doit être mis hors de cause compte tenu de l'existence de fautes dans l'administration d'un soin et la prise en charge de M. Hecquet ainsi que dans l'organisation du service ; cette faute n'ayant pas à être manifeste ;

— Les conditions d'engagement de la solidarité nationale ne sont pas remplies eu égard au taux de déficit fonctionnel permanent en lien avec l'infection nosocomiale ; à supposer même qu'un aléa thérapeutique doive être constaté, l'établissement de santé est tenu d'en réparer les conséquences dommageables sur le fondement de l'article L. 1142-1 I du code de la santé publique.

Par un mémoire enregistré le 21 novembre 2023, M. H Hecquet et M^me^ D F agissant en leur nom propre et en qualité de représentants légaux de leur fille mineure B Hecquet ainsi que M. C Hecquet, représentés par M^e^ Michelet, demandent à la cour :

1°) à titre principal, de rejeter la requête du CHBA ;

2°) par la voie de l'appel incident, à titre principal, de condamner le CHBA, à raison des fautes commises par cet établissement, à verser à M. H Hecquet la somme de 242 787,52 euros en réparation de ses préjudices, à M^me^ F la somme de 10 000 euros et à M. C Hecquet et M^me^ B Hecquet, pour chacun, la somme de 4 500 euros en réparation de leurs préjudices ;

3°) à titre subsidiaire, de condamner l'ONIAM, sur le fondement de la solidarité nationale à raison de l'aléa thérapeutique survenu, à verser à M. H Hecquet la somme de

242 787,52 euros en réparation de ses préjudices, à M^me^ F la somme de 10 000 euros et à M. C Hecquet et M^me^ B Hecquet, pour chacun, la somme de 4 500 euros en réparation de leurs préjudices ;

4°) de mettre à la charge de tout succombant la somme de 4 000 euros sur le fondement de l'article L 761-1 du code de justice administrative ainsi que les entiers dépens.

Ils soutiennent que :

— à titre principal, la requête est irrecevable dès lors que le CHBA se borne à demander le rejet de la demande des consorts Hecquet et non l'annulation du jugement ;

— à titre subsidiaire, le jugement doit être confirmé en ce qu'il a retenu la responsabilité sans faute du CHBA au titre de l'infection nosocomiale qui a un lien direct avec les soins pratiqués ; aucune cause exonératoire de responsabilité ne peut être constatée ; aucune perte de chance ne peut être mise en œuvre, les préjudices de

M. Hecquet sont en lien avec l'infection ; le CHBA a commis des fautes à l'origine d'une perte de chance pour la victime ;

— à titre infiniment subsidiaire, si la responsabilité du centre hospitalier n'est pas retenue, les préjudices devront être réparés, au titre de l'aléa thérapeutique, par l'ONIAM ;

— les préjudices subis par M. Hecquet doivent être évalués à :

. pour les frais divers à 1 200 euros,

. pour les frais d'assistance par tierce personne à titre temporaire à 8 047,50 euros,

. pour la perte de gains actuels à 41 873,30 euros,

. pour la perte de gains professionnels futurs, les sommes allouées par le tribunal devront être confirmées soit 38 535,78 euros pour la période comprise entre la date de consolidation et le jugement et celle de 24 600,05 euros jusqu'à la retraite ;

. pour l'incidence professionnelle à 50 000 euros,

. pour le déficit fonctionnel temporaire à 12 836,25 euros,

. pour les souffrances endurées à 28 500 euros,

. pour le préjudice esthétique temporaire à 1 000 euros,

. pour le déficit fonctionnel permanent à 34 400 euros,

. pour le préjudice esthétique temporaire à 1 500 euros,

— les préjudices subis par M^me^ F doivent être évalués à :

. pour les troubles dans les conditions d'existence à 3 000 euros,

. pour le préjudice d'affection à 7 000 euros,

— les préjudices subis par C et B Hecquet doivent être évalués à :

. pour les troubles dans les conditions d'existence à 1 000 euros, pour chacun

. pour le préjudice d'affection à 3 500 euros pour chacun.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

— le code de la santé publique,

— le code de la sécurité sociale,

— le code de justice administrative.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

— le rapport de M^me^ Brisson, rapporteure,

— les conclusions de M. Berthon, rapporteur public,

— et les observations M^e^ Jamier-Javaudin pour la société Axa France Vie et le CHBA et de M^e^ Ferard pour les consorts Hecquet.

Considérant ce qui suit :

1. M. H Hecquet, né en 1963, qui souffrait d'une obésité morbide, a été pris en charge à compter de juin 2012 par le centre hospitalier Bretagne Atlantique Vannes Auray (CHBA) et une intervention chirurgicale consistant en un by-pass par voie coelioscopique était effectuée le 1er février 2013. Le 4 février 2013, il était admis en service réanimation en raison d'une insuffisance respiratoire aigüe et d'un sepsis. Transféré le 6 février suivant dans une unité de surveillance continue, une dégradation de son état devait être constatée : hyperthermie, douleurs abdominales et dorsales, apparition de signes infectieux et dégradation de la fonction rénale. Une nouvelle intervention chirurgicale a été réalisée le 8 février suivant afin de procéder à la conversion d'une anse en omega en une anse en Y, à une jéjunostomie et à la fermeture d'une fistule. A la suite de cette intervention M. Hecquet a été transféré en service de réanimation. Toutefois, le lendemain, le résultat bactériologique du prélèvement abdominal a montré la présence d'un germe Escherichia Coli BLSE ; l'intéressé a alors présenté une insuffisance rénale aigüe imposant la mise en place d'une hémo-filtration et la présence d'un écoulement purulent a été observée au niveau de la cicatrice. Le 12 février suivant, une trachéotomie a dû être réalisée pour permettre une ventilation assistée. Devant une amélioration de son état de santé, M. Hecquet a été admis, le 21 mars 2013, à la clinique Saint-Yves pour la prise en charge d'une fistule digestive. Après avoir regagné son domicile, le 19 avril 2013, l'intéressé devait connaître une nouvelle aggravation de son état général et le scanner réalisé le 24 juin 2013 a mis en évidence la persistance d'une collection sous phrénique. De nouvelles hospitalisations ont été rendues nécessaires entre juin et octobre 2013 puis en février 2016. Saisi par M. Hecquet, le juge des référés du tribunal administratif de Rennes a, par une ordonnance du 24 novembre 2016, ordonné une expertise. Le D^{r} A, missionné à cet effet, a rendu son rapport le 12 mars 2018. Par un jugement du 23 juin 2023, le tribunal administratif, après avoir mis hors de cause l'ONIAM, a condamné le CHBA à verser à M. Hecquet la somme totale de 163 211,63 euros, à M^{me} F, celle de 3 000 euros et pour M. C Hecquet et M^{me} B Hecquet, la somme de 1500 euros chacun. Il a également mis à la charge du CHBA le versement à la CPAM du Finistère de la somme de 244 686,70 euros ainsi qu'une rente annuelle de 9 620,52 euros jusqu'au 4 août 2026 revalorisable selon les coefficients de l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale. Enfin, le tribunal a mis les frais de l'expertise du

D^{r} A à la charge du CHBA.

2. Le CHBA relève appel de ce jugement en tant qu'il l'a condamné à verser à M. Hecquet la somme de 27 000 euros en réparation des souffrances qu'il a endurées. Par la voie de l'appel incident, la CPAM du Finistère demande que le CHBA soit condamné à lui verser une somme complémentaire de 13 629,07 euros au titre de la pension d'invalidité versée par elle du

1er février 2022 au 23 juin 2023, date du jugement. Les consorts Hecquet demandent, également par la voie de l'appel incident, de réformer ce jugement en portant le montant de la somme destinée à réparer le préjudice subi par M. Hecquet à celle de 242 787,52 euros, celle destinée à réparer le préjudice de M^{me} F à 10 000 euros et celle destinée à réparer les préjudices des jeunes C et B Hecquet, pour chacun, à la somme de 4 500 euros.

Sur la fin de non-recevoir opposée à la requête d'appel du CHBA par les consorts Hecquet :

3. Aux termes de l'article R. 411-1 du code de justice administrative : « La juridiction est saisie par requête. () Elle contient l'exposé des faits et moyens, ainsi que l'énoncé des conclusions soumises au juge. / L'auteur d'une requête ne contenant l'exposé d'aucun moyen ne peut la régulariser par le dépôt d'un mémoire exposant un ou plusieurs moyens que jusqu'à l'expiration du délai de recours ».

4. D'une part, en demandant à la cour de rejeter la demande de première instance présentée par les consorts Hecquet, le CHBA a nécessairement entendu saisir la cour de conclusions à fin d'annulation du jugement entrepris. D'autre part, la requête présentée par le CHBA qui ne se borne pas à reproduire intégralement et exclusivement le texte de son mémoire de première instance, est suffisamment motivé. Il suit de là que la fin de non-recevoir ne peut qu'être écartée.

Sur le cadre juridique :

5. 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. / Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère. / II. – Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou

de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire. / Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret ".

L'article D. 1142-1 du même code dispose que : " Le pourcentage mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1142-1 est fixé à 24 %. / Présente également le caractère de gravité mentionné à l'article L. 1142-1 un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %. / A titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu : / 1° Lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection

nosocomiale ; / () ".

6. Si les dispositions du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique font obstacle à ce que l'ONIAM supporte au titre de la solidarité nationale la charge de réparations incombant aux personnes responsables d'un dommage, elles n'excluent toute indemnisation par l'Office que si le dommage est entièrement la conséquence directe d'un fait engageant leur responsabilité. Dans l'hypothèse où un accident médical non fautif est à l'origine de conséquences dommageables mais où une faute commise par une personne mentionnée au I de l'article L. 1142-1 a fait perdre à la victime une chance d'échapper à l'accident ou de se soustraire à ses conséquences, le préjudice en lien direct avec cette faute est la perte de chance d'éviter le dommage corporel advenu et non le dommage corporel lui-même, lequel demeure tout entier en lien direct avec l'accident non fautif. Par suite, un tel accident ouvre droit à réparation au titre de la solidarité nationale si ses conséquences remplissent les conditions posées au II de l'article L. 1142-1 et présentent le caractère de gravité requis, l'indemnité due par l'ONIAM étant seulement réduite du montant de l'indemnité mise, le cas échéant, à la charge du responsable de la perte de chance, égale à une fraction du dommage corporel correspondant à l'ampleur de la chance perdue.

7. Par suite, il appartient au juge saisi par la victime d'un accident médical de conclusions indemnitaires invoquant la responsabilité pour faute d'un professionnel de santé ou d'un établissement, service ou organisme mentionné au I de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, de déterminer si l'accident médical a été directement causé par la faute invoquée et, dans ce cas, si l'acte fautif est à l'origine des dommages corporels invoqués ou seulement d'une perte de chance de les éviter. Si l'acte fautif n'est pas la cause directe de l'accident, il lui appartient de rechercher, le cas échéant d'office, si le dommage subi présente le caractère d'anormalité et de gravité requis par les dispositions du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique et doit, par suite, faire l'objet d'une réparation par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale. Enfin, dans le cas d'une réponse positive à cette dernière question, si la faute reprochée au professionnel de santé ou à l'établissement, service ou organisme mentionné au I de l'article L.1142-1 du code de la santé publique a fait perdre à la victime une chance d'éviter l'accident médical non fautif ou de se soustraire à ses conséquences, il appartient au juge, tout en prononçant le droit de la victime à la réparation intégrale de son préjudice, de réduire l'indemnité due par l'ONIAM du montant qu'il met alors, à ce titre, à la charge du responsable de cette perte de chance.

8. Il résulte de l'instruction que le défaut de cicatrisation de la suture digestive de l'anastomose a conduit à la grave infection dont M. Hecquet a été victime. Cette infection est ainsi intervenue au cours de la prise en charge médicale de l'intéressé du fait d'un geste chirurgical et alors qu'il n'est pas établi qu'elle était présente ou en incubation avant le commencement de celle-ci. Cette infection doit donc être regardée comme étant nosocomiale, peu important le fait qu'elle trouve son origine dans l'intervention de l'accident médical lié à la désunion de l'anastomose pratiquée par le chirurgien.

9. Il résulte également de l'instruction et notamment du rapport d'expertise, d'une part, que M. Hecquet présente des suites de sa prise en charge hospitalière un déficit fonctionnel permanent évalué à 20 %. D'autre part, il ressort également des termes de cette expertise qu'en l'absence de complication, une intervention de by-pass sous coelioscopie pour obésité morbide est de nature à entraîner une hospitalisation d'une semaine puis un déficit fonctionnel temporaire ou total puis partiel d'une durée de trois mois. Alors qu'il n'est ni établi, ni même allégué, que M. Hecquet aurait présenté des facteurs particuliers de risques de complications de l'intervention bariatrique réalisée le 1er février 2013, la prise en charge dans les conditions rappelées au point 1, a imposé un séjour prolongé en service de réanimation et la réalisation d'une nouvelle opération chirurgicale. L'intéressé a subi un déficit

fonctionnel temporaire égal ou supérieur à 50 % entre le 31 janvier 2013 et le 30 juillet 2014, soit pendant 18 mois. Ainsi, l'acte médical de pose du by-pass a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence d'intervention chirurgicale. Dès lors, les conditions d'anormalité et de gravité requises par le II de l'article L.1142-1 du code de la santé publique sont en l'espèce réunies.

10. Par suite, c'est à tort que le tribunal administratif de Rennes a mis hors de cause l'ONIAM. Il appartient toutefois à la cour, saisie du litige par l'effet dévolutif de l'appel, d'examiner les autres moyens soulevés par les parties tant devant le tribunal que devant la cour.

En ce qui concerne l'engagement de la solidarité nationale :

11. Comme il vient d'être dit au point 9, s'il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise, que le taux de déficit fonctionnel permanent de M. Hecquet résultant des complications dont il a souffert a été évalué par l'expert à 20 %, il a également supporté un déficit fonctionnel temporaire total d'au moins 50 % du 2 février 2013 au 30 juillet 2014. De plus, les conséquences de l'intervention chirurgicale de réduction bariatrique ont été pour M. Hecquet notablement plus graves que celles auxquelles il était exposé en l'absence d'intervention. Dans ces conditions, M. Hecquet a droit à la prise en charge de ses préjudices au titre de la solidarité nationale par l'ONIAM.

En ce qui concerne la responsabilité pour faute du CHBA :

12. En premier lieu, il ressort de l'expertise que, lors de l'intervention chirurgicale du

1er février 2013, l'opérateur, au moment de la section gastrique, n'a pas pris la précaution de mobiliser le tube rigide de Fauchet pour « le mettre à l'abri ». De ce fait, l'appareil de section agraphage n'a pu se refermer complètement laissant ainsi une zone de paroi gastrique non suturée qui a alors été utilisée par le chirurgien pour pratiquer l'anastomose gastro-jéjunale. L'expert indique en particulier que, sans l'absence de manipulation du tube de Fauchet, l'anastomose n'aurait pas été faite à cet endroit et que c'est ensuite au niveau de cette suture qu'est survenue la désunion anastomotique. Dans ces conditions et en dépit de la terminologie employée par l'expert consistant à évoquer « un geste chirurgical incomplètement adapté », l'absence de manipulation du tube Fauchet caractérise en l'espèce la commission d'une faute médicale. Toutefois, si l'anastomose n'a pas été effectuée au lieu initialement prévu, il ne résulte pas de l'instruction que cette circonstance aurait pu favoriser la survenue de l'infection nosocomiale. Par suite, cette infection ne présente pas de lien direct et certain avec cette faute.

13. En deuxième lieu, il résulte également des termes de l'expertise du D^{r} A que la dégradation rapide de l'état de santé de M. Hecquet à l'issue de l'opération du

1er février 2013, a été observée dès les 3 et 4 février et objectivée le 5 février lors de la réalisation d'un scanner qui a mis en évidence une collection hydro-aérique, puis, le 6 février suivant, étaient relevés chez le patient une hyperthermie et des douleurs abdomino-thoraciques importantes et enfin, le 7 février lorsqu'a notamment été constatée la présence de bactéries Escherichia Coli BLCE. Dans ces conditions, l'attentisme des services hospitaliers à réintervenir a participé à l'aggravation de l'état de santé de M. Hecquet.

14. En troisième lieu, alors que la réalisation de deux examens radiologiques avait été demandée en urgence par le chirurgien les 25 juin et 16 juillet 2013, ces examens n'ont été effectués respectivement que les 27 juin et 19 juillet sans qu'aucun motif ne soit de nature à expliquer l'absence de réalisation de ces examens dans un délai approprié permettant une prise en charge diligente du patient.

15. Dans ces conditions, les conséquences de l'infection nosocomiale ont été aggravées par les retards dans la réalisation des examens médicaux qui s'imposaient lors de la prise en charge de l'infection nosocomiale survenue et sont de nature à engager la responsabilité de cet établissement. Ces fautes ont fait perdre à M. Hecquet une chance, pouvant être évaluée à

25 %, d'échapper à l'aggravation de son état de santé.

Sur la détermination des personnes tenues à réparation :

16. Compte tenu de ce qui a été dit aux points 12 et 15, les conséquences dommageables résultant pour M. Hecquet de sa prise en charge par le CHBA doivent, en application des dispositions du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, être indemnisées au titre de la solidarité nationale et la somme mise à la charge de l'ONIAM être réduite à hauteur du préjudice lié à la perte de chance de 25 % mentionnée au point précédent découlant des fautes commises par le CHBA qui sera mise à la charge de cet établissement.

Sur les préjudices :

En ce qui concerne les préjudices subis par M. Hecquet :

S'agissant des préjudices patrimoniaux :

Quant aux frais d'assistance par tierce personne :

17. Il résulte de l'instruction que M. Hecquet a subi un déficit fonctionnel temporaire de classe 4 (75 %) durant 151 jours au cours de la période du 24 avril au 21 novembre 2013 puis un déficit de classe 3 du 22 novembre 2013 au 30 juillet 2014 et du 8 février au 30 mars 2016, date de sa consolidation, soit pendant une durée totale de 305 jours. Sur la base d'un besoin d'une heure et demie d'aide lors des périodes de déficit fonctionnel temporaire de classe 4 et d'un montant horaire de 13,20 euros en 2013, d'un besoin d'une heure pendant les périodes de déficit fonctionnel temporaire de classe 3 et sur la base respectivement d'un montant horaire de 13,34 euros en 2014 et de 13,54 euros en 2016, le besoin d'assistance par tierce personne de

M. Hecquet peut, compte tenu d'une année de 312 jours afin de tenir compte des jours fériés et chômés, être évalué à la somme de 8 000 euros.

Quant à la perte de gains professionnels actuels :

18. M. Hecquet a été placé en arrêt de travail le 31 janvier 2013 et a été licencié en mars 2016 en raison de son inaptitude. En l'absence d'accident médical, il aurait néanmoins subi un arrêt de travail en lien avec l'intervention chirurgicale initiale d'une durée de six semaines. Le préjudice lié à sa perte de gains professionnels donnant droit à réparation par le centre hospitalier correspond ainsi à la période s'étendant du 15 mars 2013 au 30 juin 2016, date de sa consolidation. Avant l'accident médical dont il a été victime, M. Hecquet a perçu, en 2012, ainsi qu'il ressort de son avis d'impôt sur le revenu, un revenu salarial de 22 211 euros. Compte tenu de l'évolution du SMIC au cours de la période 2013-2016, l'intéressé aurait pu percevoir un revenu s'élevant à 75 923,18 euros. Il résulte de l'instruction qu'au cours de la période en cause, M. Hecquet a perçu entre le 1er mars 2013 et le 25 janvier 2016, des salaires s'élevant à 1 821,22 euros, des indemnités journalières de 41 559,37 euros ainsi qu'une pension d'invalidité qui lui a été versée à compter du 1er avril 2016 et dont les arrérages échus ou à échoir jusqu'à la date de consolidation de l'intéressé s'élèvent à 4 600,68 euros. Ainsi, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de l'indemnité de licenciement d'un montant de 4 019,69 perçue par M. Hecquet, laquelle n'a été versée par son employeur qu'en contrepartie de la résiliation du contrat de travail dont il bénéficiait et n'a pas la nature d'un revenu de substitution, la perte de revenus supportée par l'intéressé doit dans ces conditions être évaluée à 27 941,91 euros.

Quant à l'incidence professionnelle :

19. M. Hecquet, qui a perdu en raison de son inaptitude physique, en mars 2016, son emploi de chauffeur routier se voit, eu égard aux séquelles qu'il subit, prohiber le port de charges lourdes et est ainsi limité dans ses perspectives de retrouver un emploi compatible avec son handicap. Il n'a d'ailleurs, postérieurement à sa consolidation, été en mesure de trouver que des contrats à durée déterminée et à temps partiel. Il sera fait, dans les circonstances de l'espèce, une juste appréciation du préjudice lié à l'incidence professionnelle supportée par M. Hecquet en l'évaluant à 5 000 euros.

S'agissant des préjudices extra-patrimoniaux :

Quant au déficit fonctionnel temporaire :

20. Il résulte de l'instruction et notamment des constatations expertales que M. Hecquet a subi, jusqu'à la date de sa consolidation constatée le 30 juin 2016, un déficit fonctionnel temporaire total durant 146 jours ; un déficit de 75 % durant 156 jours, un déficit de 50 % durant 251 jours, de 25 % durant 334 jours et de 10 % durant 216 jours. S'il n'avait pas été victime des complications survenues, l'intéressé aurait dû, du seul fait de l'intervention de chirurgie bariatrique pratiquée le 1er février 2013, supporter un déficit fonctionnel temporaire total durant une semaine puis un déficit fonctionnel temporaire de 25 % durant un mois et enfin un déficit de 10 % durant 2 semaines. Dans ces conditions, le déficit fonctionnel temporaire total de

M. Hecquet doit être estimé à une durée de 139 jours, la durée de son déficit de 75 % à

156 jours, celle de son déficit à 50 % à 251 jours, celle de son déficit à 25 % à 304 jours et celle de son déficit à 10 % à 201 jours. Sur la base d'un taux indemnitaire journalier de 17 euros par jour, il y a lieu d'évaluer à 8 118 euros le préjudice subi à ce titre par M. Hecquet.

Quant au préjudice esthétique :

21. Si la principale cicatrice abdominale de M. Hecquet découle de l'intervention chirurgicale du 1er février 2013 et est sans lien avec les manquements du centre hospitalier, il ressort des termes du rapport d'expertise que plusieurs petites cicatrices peuvent être observées sur l'abdomen en lien avec les examens ou gestes médicaux complémentaires effectués sur sa personne afin de remédier aux complications survenues. De plus, eu égard aux complications respiratoires rencontrées par l'intéressé, une intubation et une ventilation artificielle ont dû être mises en place quelques jours plus tard ; la cicatrice conséquence de la trachéotomie est ainsi liée aux complications opératoires et non à l'intervention chirurgicale du 1er février 2013. Alors même que les cicatrices ventrales sont peu fréquemment visibles, il n'en va pas de même de celle liée à la trachéotomie. En l'espèce, compte tenu de ce que l'expertise a évalué le préjudice esthétique permanent à 0,5/7 et n'a pas retenu de préjudice de caractère temporaire, il y a lieu, en l'espèce, d'évaluer à 1 000 euros le préjudice subi par l'intéressé à titre temporaire et permanent.

Quant au déficit fonctionnel permanent :

22. Il ressort du rapport d'expertise du D^{r} A, non contesté par les parties, que le déficit fonctionnel permanent qui affecte M. Hecquet a pu être estimé à 20 %. Compte tenu à la fois de ce taux et de l'âge de 53 ans au jour de sa consolidation, le montant du préjudice subi à ce titre par l'intéressé peut être estimé à 29 000 euros.

Quant aux souffrances endurées :

23. Si l'expert a évalué les souffrances endurées par M. Hecquet à 5,5 sur une échelle de

1 à 7 du fait notamment des interventions chirurgicales et des examens supplémentaires imposés par la prise en charge des complications survenues ainsi que de la persistance des douleurs, du retentissement psychique et professionnel qui en ont découlé, il ressort également du rapport d'expertise que, même sans complication, l'opération chirurgicale de type by-pass sous coelioscopie aurait entraîné des souffrances pouvant être évaluées entre 1,5 et 2/7. Dans ces conditions, compte tenu des montants de l'indemnisation correspondant à chacun de ces taux de gravité du préjudice subi, il y a lieu de ramener à 18 000 euros le montant du préjudice lié aux souffrances endurées par M. Hecquet.

24. Il résulte de ce qui précède, alors que n'est pas discutée devant la cour l'indemnisation par le tribunal des préjudices liés aux frais de déplacement et aux frais divers évalués respectivement à 165 et 1 329,64 euros et à la perte de gains professionnels futurs s'élevant à 63 135,83 euros, le préjudice subi par M. Hecquet doit être ramené de 163 211,63 euros retenus par les premiers juges à 161 690,49 euros.

En ce qui concerne les préjudices subis par M^{me} F et les enfants de M. Hecquet :

25. Les dispositions du II de l'article L 1142-1 du code de la santé publique ne prévoient d'indemnisation au titre de la solidarité nationale que pour les préjudices du patient et, en cas de décès, de ses ayants droit. Il ne résulte pas de l'instruction que M. Hecquet serait décédé des suites de l'accident médical non fautif dont il a été victime. Par suite, ni M^{me} F, ni les jeunes C et B Hecquet, ne sont fondés à demander le versement d'une indemnité destinée à réparer les préjudices découlant pour eux de l'accident de leur époux et père.

26. Il s'ensuit que, pour réparer les préjudices subis par M. Hecquet s'élevant ainsi qu'il a été dit à 161 690,49 euros, l'ONIAM versera à l'intéressé la somme de 121 267,87 euros et le CHBA lui versera la somme de 40 422,62 euros correspondant au taux de perte de chance de 25 % pour M. Hecquet d'éviter l'aggravation de son état de santé et découlant des fautes commises par le CHBA.

Sur l'action subrogatoire de la CPAM du Finistère :

27. Aux termes de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale : " () / Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre et le livre Ier, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après. / Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel. / (). Il résulte de ces dispositions que le recours dont dispose la caisse ne peut s'exercer qu'à raison des fautes commises par le centre hospitalier lors de la prise en charge de la victime.

28. Il s'ensuit que la CPAM du Finistère est fondée à demander la condamnation du CHBA à lui rembourser, dans la limite du taux de perte de chance retenu lié aux fautes commises par l'établissement hospitalier dans lequel l'infection nosocomiale a été contractée, soit de 25 %, le montant des débours correspondant aux prestations servies à la victime en réparation des préjudices subis par cette dernière.

30. Il résulte de l'instruction, et notamment de l'attestation d'imputabilité du 31 janvier 2020 établie par son médecin conseil et de la notification définitive de ses débours du 26 avril 2022, que la CPAM justifie avoir versé, en relation avec l'accident dont a été victime M. Hecquet, des prestations s'élevant à la somme totale de 282 610,31 euros au titre des prestations versées en réparation des préjudices ne présentant pas de caractère personnel. Par suite, la CPAM est seulement fondée à demander que le CHBA soit condamné à lui rembourser la somme de 70 652, 57 euros (282 610,31 x 25 %).

Sur les frais liés à l'instance :

31. Dans les circonstances de l'espèce, il y a lieu de laisser à la charge de chacune des parties les sommes demandées sur le fondement des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

DECIDE :

Article 1er : Le jugement n° 1902212 du 23 juin 2023 du tribunal administratif de Rennes est annulé.

Article 2 : L'ONIAM versera à M. Hecquet la somme de 121 267,87 euros.

Article 3 : Le CHBA versera à M. Hecquet la somme de 40 422,62 euros.

Article 4 : Le CHBA versera à la CPAM du Finistère la somme de 70 625,57 euros.

Article 5 : Le surplus des conclusions des parties est rejeté.

Article 6 : Le présent arrêt sera notifié au centre hospitalier Bretagne Atlantique Vannes-Auray, à la société Axa France Vie, à M. H Hecquet, à M^{me} D F, à

M. C Hecquet, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes, à la caisse primaire d'assurance maladie du Finistère Morbihan et à Harmonie mutuelle.

Délibéré après l'audience du 6 mai 2028, à laquelle siégeaient :

— M^{me} Brisson, présidente,

— M. Vergne, président-assesseur,

— M^{me} Lellouch, première conseillère.

Rendu public par mise à disposition au greffe le 24 mai 2024.

La présidente-rapporteure,

C. BRISSON

Le président-assesseur

G-V. VERGNE

Le greffier,

R. MAGEAU

La République mande et ordonne à la ministre du travail, de la santé et des solidarités, en ce qui la concerne, et à tous commissaires de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

Doctrine

CAA de PARIS, 8ème chambre, 22 mai 2020, 19PA02430, Inédit au recueil Lebon

TA Melun 28 juin 2019	>	**CAA Paris** **Annulation** **22 mai 2020**

Sur la décision

Référence : CAA Paris, 8e ch., 22 mai 2020, n° 19PA02430

Juridiction : Cour administrative d'appel de Paris

Numéro : 19PA02430

Importance : Inédit au recueil Lebon

Type de recours : Plein contentieux

Décision précédente : Tribunal administratif de Melun, 27 juin 2019, N° 1703062

Dispositif : Rejet

Identifiant Légifrance : CETATEXT000041922564

Sur les parties

Président : M. LAPOUZADE

Rapporteur : M. Ivan LUBEN

Rapporteur public : M^me^ BERNARD

Cabinet(s) :
CABINET PETRE & ASSOCIES

Parties :
consorts A .. J .., H c/ centre hospitalier de Marne-la-Vallée

Texte intégral

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

M. et M^me^ A... J... ont demandé au tribunal administratif de Melun de condamner le centre hospitalier de Marne-la-Vallée à leur verser la somme totale de 1236 134,41 euros avec les intérêts et les intérêts des intérêts en réparation des préjudices subis par leur fille H..., de leurs préjudices propres et de ceux de leurs enfants E..., C..., Sara et Salma du fait de la faute du centre hospitalier dans la prise en charge de M^me^ A... J... lors de son intervention de sleeve gastrectomie, et de mettre à la charge de ce centre hospitalier de Marne-la-Vallée les dépens, notamment les frais d'expertise.

Par un jugement n° 1703062 du 28 juin 2019, le tribunal administratif de Melun, d'une part, a condamné le Grand hôpital de l'Est francilien à verser aux consorts A... J... la somme

de 75 072,15 euros, avec les intérêts à compter du 6 décembre 2016, et avec la capitalisation des intérêts échus à la date du 6 décembre 2017 puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date, d'autre part, a condamné le Grand hôpital de l'Est francilien à leur verser une rente, versée par trimestres échus dont le montant annuel, fixé à 10 000 euros à la date de la présente décision, sera revalorisé par la suite par application des coefficients prévus à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale, et dont les arrérages porteront intérêts légaux à compter de leur

échéance respective jusqu'au jour du paiement à partir du 6 décembre 2016, date de réception par le centre hospitalier de la réclamation préalable de M. et Mme A... J..., avec la capitalisation des intérêts à compter du 6 décembre 2017, tant à cette date qu'à échéance annuelle à compter de cette date, en outre a condamné le Grand hôpital de l'Est francilien à verser à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne la somme de 81 065,61 euros, ainsi que la somme de 1 080 euros au titre de l'indemnité de gestion prévue à l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, de plus a mis à la charge définitive de l'Etat, au titre de l'aide juridictionnelle, les frais d'expertise taxés et liquidés à la somme de 3 855 euros, et enfin a rejeté le surplus des conclusions des parties.

Procédure devant la Cour :

I°/ Par une requête, enregistrée le 25 juillet 2019 sous le n° 19PA02430, et un mémoire en réplique, enregistré le 20 décembre 2019, M. et Mme A... J..., agissant en leurs noms propres et en leur qualité de représentants légaux de leur fille mineure H... A... J... et de leurs autres enfants mineurs E..., C..., Sara et Salma El J..., représentés par Me G..., demandent à la Cour, dans le dernier état de leurs écritures :

1°) de confirmer le jugement n° 1703062 du 28 juin 2019 du tribunal administratif de Melun en ce qu'il a retenu la responsabilité du Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée en raison des fautes commises par le Dr Algava, médecin salarié de cet hôpital, et de réformer le jugement attaqué en tant qu'il n'a pas fait droit à l'intégralité de leurs conclusions indemnitaires ;

2°) de juger que la responsabilité du Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, est également engagée en raison des fautes commises par le Dr Dufour, médecin salarié de cet hôpital ;

3°) de condamner le Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, à verser, à titre provisionnel, au titre des préjudices subis par Mlle H... A... J... et ses proches, les indemnités suivantes, qui devront porter intérêts au taux légal à compter de la demande préalable, les intérêts échus devant être capitalisés :

— au titre des dépenses de santé : cf. la créance de l'organisme social ;

– au titre des frais divers (frais de déplacement) : 20 456,56 euros ;

– au titre des frais de déplacements futurs : pour mémoire ;

– au titre de la perte de gains professionnels actuels de Mme M... A... J..., jusqu'à avril 2017, une somme de 42 986,40 euros, outre les congés payés y afférents représentant 10 % de cette somme, soit 4 298 euros au titre des congés payés ;

– au titre de la perte de gains professionnels futurs de Mme M... A... J..., calculés depuis avril 2017 jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de sa fille H... (prévue au mois de septembre 2019), une somme de 44 061,06 euros, outre les congés payés y afférents représentant 10 % de cette somme, soit 4 406 euros au titre des congés payés ;

– au titre de la perte de gains professionnels actuels de M. P... A... J..., jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de sa fille H... (prévue au mois de septembre 2019), une somme de 160 160 euros, outre les congés payés y afférents représentant 10 % de cette somme, soit 16 016 euros au titre des congés payés ;

– au titre du déficit fonctionnel temporaire jusqu'à avril 2017, une somme de 36 800 euros ;

– au titre du déficit fonctionnel temporaire d'avril 2017 jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de Mlle H... A... J... prévue au mois de septembre 2019, une somme de 23 200 euros ;

– au titre de l'assistance par une tierce personne jusqu'à décembre 2019, une somme provisionnelle de 94 800 euros ;

– au titre de l'aide apportée par une tierce personne future, une rente annuelle provisionnelle de 14 600 euros, versée mensuellement à terme échu ;

– au titre des souffrances endurées, une somme provisionnelle de 30 000 euros ;

– au titre du préjudice esthétique temporaire, une somme provisionnelle de 30 000 euros ;

– au titre des préjudices des proches, une indemnité provisionnelle de 100 000 euros pour M. et Mme A... J... et une indemnité provisionnelle pour E..., C..., Sara et Salma

El J... de 40 000 euros ;

– au titre du préjudice fonctionnel permanent, une indemnité provisionnelle de 650 000 euros, à valoir sur l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent de M^lle^ H... A... J....

4°) « de renvoyer la liquidation définitive des préjudices de M^lle^ H... A... J... et de ses représentants légaux, M. et M^me^ A... J..., à une audience ultérieure, à charge pour eux de faire réinscrire l'affaire au rôle de la Cour une fois le rapport d'expertise rendu » ;

5°) de mettre à la charge du Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, le versement de la somme de 15 000 euros sur le fondement des articles L. 761-1 du code de justice administrative et 37 de la loi du 10 juillet 1991, étant précisé que M^e^ G..., avocate des requérants, renonce à percevoir la somme correspondant à la part contributive de l'Etat ;

6°) de condamner le Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, aux entiers dépens, incluant le coût des opérations d'expertise.

Ils soutiennent que :

— c'est à tort que le jugement attaqué n'a pas retenu la responsabilité du chirurgien ayant pratiqué la sleeve gastrectomie au sein du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, qui a commis une faute par imprudence ;

– c'est à tort que le jugement attaqué n'a retenu, au titre de l'indemnisation des préjudices de M^lle^ H... A... J..., de ses parents et de ses frères et soeurs, qu'une perte de chance dont le taux a été fixé à 50 % ;

– compte tenu des nombreux déplacements médicaux depuis la naissance de M^lle^ H... A... J... nécessités par son état de santé, à raison de 180 km par semaine, soit 720 km par mois, les frais de transport doivent être estimés, de juin 2013 à septembre 2018, soit 64 mois, à la somme de 16 817 euros ;

– d'une part, M^me^ M... L... épouse A... J... a subi une perte de revenus de 42 986,40 euros pour la période actuelle arrêtée au mois d'avril 2017, en tenant compte d'une période de franchise de sept mois sans travail après l'accouchement, et de 31 165,14 euros pour la période future jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de M^lle^ H... A... J... prévue en septembre 2019, soit 29 mois, outre les congés payés correspondant à 10 % de cette somme. D'autre part, M. P... A... J..., en raison de la nécessité d'assurer le suivi médical et paramédical de M^lle^ H... A... J..., a subi une perte de chance de pouvoir travailler dans son domaine, ce qui représente une perte de salaire qui doit être évaluée, depuis la naissance de M^lle^ H... A... J... jusqu'à son entrée en cours préparatoire prévue en septembre 2019, à 138 320 euros, outre les congés payés correspondant à 10 % de cette somme ;

– le déficit fonctionnel temporaire, dont les experts indiquent qu'il ne sera pas inférieur à 85 %, doit être évalué, jusqu'à avril 2017, à 36 800 euros et, pour la période future, jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de M^lle^ H... A... J... prévue en septembre 2019, à 23 200 euros ;

– les experts indiquant que M^lle^ H... A... J... a besoin, depuis sa naissance, de l'aide d'une tierce personne non spécialisée à hauteur de 2 heures par jour, sept jours sur sept, celle-ci doit être indemnisée, à titre provisionnel, à hauteur de 77 800 euros, outre une rente annuelle de 14 600 euros au titre de l'assistance à tierce personne future, versée mensuellement à terme échu ;

– les souffrances endurées, dont les experts indiquent qu'elles ne seront pas inférieures à 5 sur une échelle de 7, doivent être indemnisées par l'allocation provisionnelle à valoir sur l'indemnisation de ce poste de préjudice ;

– le préjudice esthétique temporaire, évalué par les experts à 5 sur une échelle de 7, du fait des troubles comportementaux et de l'aspect physique présenté « au regard des autres », doivent être indemnisées par l'allocation provisionnelle d'une somme de 30 000 euros à valoir sur l'indemnisation de ce poste de préjudice ;

– M^me^ M... L... épouse A... J... et M. P... A... J... ont subi un préjudice personnel, direct et moral important du fait du lourd handicap de leur enfant H..., qui doit être indemnisé par l'allocation d'une indemnité provisionnelle de 50 000 euros pour chacun des parents, soit un total de 100 000 euros ;

– une indemnité provisionnelle de 10 000 euros doit être allouée à chacun des quatre autres enfants, E..., C..., Sara et Salma, qui souffriront nécessairement de l'attention qui sera portée préférentiellement à l'enfant H..., soit 40 000 euros.

Par un mémoire, enregistré le 18 octobre 2019, la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne, représentée par Me N..., conclut, d'une part, à ce que le jugement attaqué du 28 juin 2019 du tribunal administratif de Melun soit confirmé en ce qu'il a reconnu la responsabilité du Grand hôpital de l'Est francilien et, d'autre part, à ce que ce jugement soit réformé en ce qu'il a limité le droit à réparation, à ce que le Grand hôpital de l'Est francilien soit ainsi condamné à lui verser la somme provisoire de 162 131,02 euros, avec intérêts au taux légal à compter du 27 septembre 2017, et enfin à ce que le versement de la somme de 2 500 euros soit mise à la charge du Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée sur le fondement de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient que :

— le jugement doit être confirmé en ce qu'il a retenu la responsabilité du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, aux droits duquel vient le Grand hôpital de l'Est francilien (GHEF) ; toutefois, c'est à tort que le tribunal administratif n'a pas retenu que la responsabilité de l'hôpital soit engagée à raison d'une faute du Dr Dufour, alors que cette dernière devait, au même titre que le Dr Algava, prendre des précautions en vérifiant si Mme A... J... n'était pas enceinte au moment de l'intervention de sleeve gastrectomie ; cette double vérification était d'autant plus justifiée que les experts mentionnent à plusieurs reprises que la pose de stérilet n'écarte pas l'éventualité d'une grossesse ;

– contrairement à ce qu'a retenu le tribunal administratif, le préjudice réparable n'est pas la perte d'une chance mais le dommage survenu.

Par un mémoire en défense, enregistré le 22 octobre 2019, et un nouveau mémoire, enregistré le 24 janvier 2020, le Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, représenté par Me K..., conclut au rejet de la requête.

Il soutient que les moyens soulevés par M. et Mme A... J... ne sont pas fondés.

M. et Mme A... J... ont produit un mémoire le 6 février 2020.

II°/ Par une requête, un mémoire complémentaire et un nouveau mémoire, enregistrés respectivement le 28 août 2019, le 30 septembre 2019 et le 24 janvier 2020 sous le n° 19PA02835, le Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du Groupe hospitalier de Marne-la-Vallée, représenté par Me K... demande à la Cour :

1°) d'annuler le jugement n° 1703062 du 28 juin 2019 du tribunal administratif de Melun ;

2°) de rejeter la demande présentée par M. et Mme A... J... devant le tribunal administratif de Melun.

Il soutient que :

— le jugement attaqué est insuffisamment motivé au regard des conclusions dont le tribunal a été saisi ;

– c'est à tort que le tribunal administratif a écarté l'exception d'incompétence qu'il avait soulevé en première instance ;

– à supposer même que la faute retenue ait été commise dans le secteur public, c'est à tort que le tribunal administratif a retenu une perte de chance de 50 % ; en effet, la seule faute retenue résulte de l'absence de test de grossesse, alors que les causes de la naissance prématurée de l'enfant F... sont plurifactorielles ;

– également à titre subsidiaire, c'est à tort que le tribunal administratif a fixé la rente allouée au titre des préjudices personnels de l'enfant à 10 000 euros par an, cette somme étant excessive au regard de la jurisprudence ;

– le jugement attaqué ne précise pas à partir de quelle date cette rente doit être servie et jusqu'à quelle date elle doit l'être et n'est pas suffisamment précis quant aux préjudices que cette rente indemnise ;

– c'est à tort que le tribunal administratif a alloué une indemnité de 4 000 euros au frère et à la soeur de Mlle H... A... J..., M. C... et Mlle O... A... J..., qui sont nés après sa naissance ;

– s'agissant de l'assistance par une tierce personne, c'est à tort que le tribunal administratif a indemnisé ce besoin à compter des deux ans de M^lle H... A... J....

Par un mémoire en défense, enregistré le 20 décembre 2019, M. et M^me A... J... agissant en leurs noms propres et en leur qualité de représentants légaux de leur fille mineure H... A... J... et de leurs autres enfants mineurs E..., C..., Sara et Salma El J..., représentés par M^e G..., concluent, d'une part, au rejet de la requête ; à cette fin, ils soutiennent que c'est à bon droit que le jugement attaqué a retenu la responsabilité du Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits du centre hospitalier de Marne-la-Vallée en raison des fautes commises par le D^r Algava, médecin salarié de cet hôpital. D'autre part, par la voie de l'appel incident, ils demandent à la Cour :

1°) de réformer le jugement attaqué en tant qu'il n'a pas fait droit à l'intégralité de leurs conclusions indemnitaires ;

2°) de juger que la responsabilité du Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, est également engagée en raison des fautes commises par le D^r Dufour, médecin salarié de cet hôpital ;

3°) de condamner le Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, à verser, à titre provisionnel, au titre des préjudices subis par M^lle H... A... J... et ses proches, les indemnités suivantes, qui devront porter intérêts au taux légal à compter de la demande préalable, les intérêts échus devant être capitalisés :

– au titre des dépenses de santé : cf. la créance de l'organisme social ;

– au titre des frais divers (frais de déplacement) : 20 456,56 euros ;

– au titre des frais de déplacements futurs : pour mémoire ;

– au titre de la perte de gains professionnels actuels de M^me M... A... J..., jusqu'à avril 2017, une somme de 42 986,40 euros, outre les congés payés y afférents représentant 10% de cette somme, soit 4 298 euros au titre des congés payés ;

– au titre de la perte de gains professionnels futurs de M^me M... A... J..., calculés depuis avril 2017 jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de sa fille H... (prévue au mois de septembre 2019), une somme de 44 061,06 euros, outre les congés payés y afférents représentant 10% de cette somme, soit 4 406 euros au titre des congés payés ;

– au titre de la perte de gains professionnels actuels de M. P... A... J..., jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de sa fille H... (prévue au mois de septembre 2019), une somme de 160 160 euros, outre les congés payés y afférents représentant 10% de cette somme, soit 16 016 euros au titre des congés payés ;

– au titre du déficit fonctionnel temporaire jusqu'à avril 2017, une somme de 36 800 euros ;

– au titre du déficit fonctionnel temporaire d'avril 2017 jusqu'à l'entrée en cours préparatoire de M^lle H... A... J... prévue au mois de septembre 2019, une somme de 23 200 euros ;

– au titre de l'assistance par une tierce personne jusqu'à décembre 2019, une somme provisionnelle de 94 800 euros ;

– au titre de l'aide apportée par une tierce personne future, une rente annuelle provisionnelle de 14 600 euros, versée mensuellement à terme échu ;

– au titre des souffrances endurées, une somme provisionnelle de 30 000 euros ;

– au titre du préjudice esthétique temporaire, une somme provisionnelle de 30 000 euros ;

– au titre des préjudices des proches, une indemnité provisionnelle de 100 000 euros pour M. et M^me A... J... et une indemnité provisionnelle pour E..., C..., Sara et Salma El J... de 40 000 euros ;

– au titre du préjudice fonctionnel permanent, une indemnité provisionnelle de 650 000 euros, à valoir sur l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent de M^lle H... A... J....

4°) « de renvoyer la liquidation définitive des préjudices de M^lle H... A... J... et de ses représentants légaux, M. et M^me A... J..., à une audience ultérieure, à charge pour eux de faire réinscrire l'affaire au rôle de la Cour une fois le rapport d'expertise rendu » ;

5°) de mettre à la charge du Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, le versement de la somme de 15 000 euros sur le fondement des articles L. 761-1 du code de justice administrative et 37 de la loi du 10 juillet 1991, étant précisé que Me G..., avocate des requérants, renonce à percevoir la somme correspondant à la part contributive de l'Etat ;

6°) de condamner le Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, aux entiers dépens, incluant le coût des opérations d'expertise ;

7°) de condamner le Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du centre hospitalier de Marne-la-Vallée, aux entiers dépens, incluant le coût des opérations d'expertise.

Ils soutiennent que les moyens soulevés par le Grand hôpital de l'Est francilien ne sont pas fondés.

Vu les décisions du 9 septembre 2019 et du 12 décembre 2019 du bureau d'aide juridictionnelle près le tribunal de grande instance de Paris accordant l'aide juridictionnelle totale à M. et Mme A... J....

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

— le code de la santé publique ;

– le code de la sécurité sociale ;

– la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 ;

– l'arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux montants de l'indemnité forfaitaire de gestion prévue aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du code de la sécurité sociale ;

– le code de justice administrative ;

– l'ordonnance n° 2020-305 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles applicables devant les juridictions de l'ordre administratif.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

– le rapport de M. D...,

– les conclusions de Mme Bernard, rapporteur public,

– et les observations de Me B... substituant Me G..., avocat des consorts A... J..., et de Me I... substituant Me K..., avocat du Grand hôpital de l'Est francilien.

Considérant ce qui suit :

1. Les requêtes susvisées présentées par M. et Mme A... J... sous le n° 19PA02430 et par le Grand hôpital de l'Est francilien sous le n° 19PA02835 sont dirigées contre le même jugement et ont fait l'objet d'une instruction commune ; il y a lieu de les joindre pour statuer par un seul arrêt.

2. Mme M... L... épouse A... J..., âgée de 31 ans au moment des faits, présentait une obésité importante pour laquelle elle était médicalement suivie. Une intervention de chirurgie bariatrique (sleeve gastrectomie) a été envisagée, pour laquelle un bilan médical complet a été réalisé, dont une consultation gynécologique. L'opération a été pratiquée le 11 février 2013 au sein du groupe hospitalier de Marne-la-Vallée ; les suites opératoires ont été simples et la perte de poids a été très significative. Le 3 juin 2013, Mme A... J..., alors qu'elle ignorait être enceinte, a donné naissance à un enfant très prématuré, pesant 930 grammes, prénommé H.... Celle-ci, dont l'état n'était pas consolidé à la date de rédaction du rapport d'expertise médical le 7 mars 2016, présente des troubles moteurs prédominant au niveau des membres inférieurs, des troubles relationnels, des troubles neuro sensoriels (troubles visuels), des troubles du développement et des troubles cognitifs évocateurs d'une paralysie cérébrale, dont il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise médical, qu'elle est en lien direct et certain avec la très grande prématurité de sa naissance. Par le jugement du 28 juin 2019 dont relèvent appel les consorts A... J... et le

Grand hôpital de l'Est francilien, venant aux droits et obligations du Groupe hospitalier de Marne-la-Vallée, le tribunal administratif de Melun a retenu la responsabilité du Grand hôpital de l'Est francilien et l'a condamné à indemniser les consorts A... J... et la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne.

Sur la compétence de la juridiction administrative :

3. Les actes accomplis par les médecins, chirurgiens et spécialistes au profit des malades hospitalisés dans le service privé d'un hôpital public le sont en dehors de l'exercice des fonctions hospitalières et les rapports qui s'établissent entre les malades admis dans ces conditions et les praticiens relèvent du droit privé. Si l'hôpital peut être rendu responsable des dommages subis par de tels malades lorsqu'ils ont pour cause un mauvais fonctionnement résultant soit d'une mauvaise installation des locaux, soit d'un matériel défectueux, soit d'une faute commise par un membre du personnel auxiliaire de l'hôpital mis à la disposition des médecins, chirurgiens et spécialistes, ceux-ci doivent répondre des dommages causés par leurs propres manquements dans les conditions du droit et il n'appartient qu'à la juridiction judiciaire de connaître d'une action dirigée à leur encontre.

4. Il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise médical, que la paralysie cérébrale dont est atteinte M^lle^ H... A... J... est en lien direct et exclusif avec la très grande prématurité de sa naissance, comme il a été dit ci-dessus. Celle-ci est due à la circonstance que l'état de grossesse de M^me^ A... J... n'a pas été diagnostiqué préalablement à la réalisation, le 11 février 2013, de l'intervention de chirurgie bariatrique (sleeve gastrectomie), qui contre-indiquait une grossesse pendant un long délai. Si le constat d'une grossesse en cours avait été fait, soit M^me^ A... J... aurait eu recours à une interruption volontaire de grossesse, soit cette intervention chirurgicale aurait été différée, et ainsi le stérilet n'aurait pas été posé le 17 janvier 2013 alors que M^me^ A... J... était déjà enceinte et elle n'aurait pas été soumise, comme elle l'a été après son opération, à un entraînement sportif intensif et à un régime alimentaire strict. De surcroît, ce défaut de diagnostic de l'état de grossesse de M^me^ A... J... ne lui a pas permis de bénéficier d'un suivi obstétrical alors même que, du fait de son obésité, elle présentait un risque sensiblement plus élevé de prématurité que la population générale. L'ensemble de ces éléments, découlant de la méconnaissance de l'état de grossesse de sa mère, sont à l'origine de la naissance très prématurée de M^lle^ H... A... J..., elle-même à l'origine de son état actuel.

5. Il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise médical, que, préalablement à l'intervention de chirurgie bariatrique envisagée, M^me^ A... J... avait été adressée par le chirurgien qui devait réaliser l'intervention au service de gynécologie du même centre hospitalier afin d'instaurer une contraception durable par la pose d'un stérilet au cuivre (une contraception orale pouvant n'être pas efficace du fait des suites de l'intervention). Le chef du service de gynécologie l'a reçue le 14 janvier 2013 et lui a posé un stérilet trois jours plus tard, le 17 janvier. Lors de la consultation gynécologique du 14 janvier 2013, il s'est borné, après avoir interrogé M^me^ A... J..., à considérer qu'elle avait eu ses dernières règles le 15 décembre 2012, à réaliser un frottis du col confirmant l'absence de saignement et à lui prescrire l'achat en pharmacie d'un stérilet au cuivre TT380, comme il ressort de son ordonnance, bien que M^me^ A... J..., qui ne bénéficiait d'aucun dispositif contraceptif bien qu'elle ait un nouveau compagnon, présentait selon son calcul un retard de règles de cinq à sept jours alors que ses cycles étaient réguliers, et était en deuxième partie de cycle. Il convenait donc, pour s'assurer que la patiente n'était pas alors enceinte, ce qui, dans ce contexte, était plausible, de lui prescrire la réalisation d'un test bêtahCG sanguin (ou au minimum d'un test urinaire, bien qu'il soit moins fiable), ou même d'une échographie, par laquelle la grossesse en cours aurait peut-être pu être visualisée, préalablement à la pose du stérilet. Le groupe hospitalier de Marne-la-Vallée, à l'époque des faits, étant parfaitement en mesure de permettre la réalisation d'un test de grossesse sanguin ou urinaire sur place et équipé en appareils d'échographie, les résultats du test auraient pu être connus dans la journée et auraient été positifs de façon certaine (depuis les derniers jours de décembre 2012). Ainsi, en ne procédant pas à la vérification que M^me^ A... J... n'était pas enceinte avant de lui poser un stérilet, le gynécologue a commis une faute, de laquelle découle l'état actuel de M^lle^ H... A... J....

6. Il résulte de l'instruction que, d'une part, le 14 janvier 2013, lorsqu'il a examiné
M^me^ A... J... et qu'il a omis de manière fautive de s'assurer qu'elle n'était pas en état de grossesse, le chef du service de gynécologie du groupe hospitalier de Marne-la-Vallée exerçait à titre libéral. Par suite, les rapports entre lui et sa patiente, M^me^ A... J..., relèvent du droit privé, la circonstance, à la supposée établie, que M^me^ A... J... n'aurait pas été informée de la possibilité, au sein du groupe hospitalier de Marne-la-Vallée, d'être examinée dans le cadre de l'activité libérale du chef du service de gynécologie, et a fortiori ne l'aurait pas acceptée, en méconnaissance tant de l'article 4 du contrat d'activité libérale signé entre le centre hospitalier et ce médecin, qui stipulait qu'il devait « recueillir le choix du patient d'être traité sans ambiguïté au titre de l'activité libérale », que des dispositions de l'article R. 6154-7 du code de la santé publique, qui disposent que « pour tout acte ou consultation, le patient qui choisit d'être traité au titre de l'activité libérale d'un praticien reçoit, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de son choix », étant sans incidence sur l'appréciation de la nature juridique de ces rapports. En outre, la faute ayant été commise par le gynécologue le 14 janvier 2013, comme il a été dit ci-dessus, la circonstance qu'il aurait pu, lorsqu'il a procédé à la pose du stérilet le 17 janvier 2013, alors qu'il exerçait à

un titre juridique incertain, effectuer à ce moment un test de grossesse et ainsi réparer la faute de diagnostic faite trois jours auparavant est sans incidence sur la détermination de la compétence juridictionnelle. D'autre part, le praticien du groupe hospitalier de Marne-la-Vallée qui suivait M^me^ A... J... et qui l'avait adressée pour une consultation et la mise en place d'une contraception durable au service de gynécologie du même centre hospitalier a vérifié, préalablement à l'intervention de chirurgie bariatrique pratiquée le 11 février 2013, que cette consultation gynécologique avait été effectuée et le stérilet était réputé mis en place ; par suite, aucune négligence fautive ne saurait être reprochée à ce praticien, qui n'avait pas d'autres précautions à prendre à ce titre dans la phase préopératoire, et par voie de conséquence au service public hospitalier. Ainsi, les demandes indemnitaires présentées par les consorts A... J... ne ressortissent pas à la compétence de la juridiction administrative et il n'appartient qu'à la juridiction judiciaire de connaître de l'action dirigée par eux à l'encontre du gynécologue. Il suit de là que le jugement attaqué du 28 juin 2019 par lequel les premiers juges ont estimé « que la prise en charge au plan gynécologique de M^me^ A... J... s'est inscrite dans le cadre d'une prise en charge globale afférente à la sleeve gastrectomie subie par la patiente dont il est constant qu'elle a eu lieu dans le secteur public » et que, « par suite, la juridiction administrative est compétente pour connaître du litige né des conséquences dommageables de cette prise en charge » doit être annulé.

Sur les frais liés à l'instance :

7. Les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge du Grand hôpital de l'Est francilien, qui n'est pas, dans la présente instance, la partie perdante, la somme que demandent les consorts A... J... et la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne au titre des frais liés à l'instance et exposés par eux.

DÉCIDE :

Article 1^er^ : Le jugement n° 1703062 du 28 juin 2019 du tribunal administratif de Melun est annulé.

Article 2 : La demande présentée par les consorts A... J... devant le tribunal administratif de Melun est rejetée comme portée devant un ordre de juridictions incompétent pour en connaître.

Article 3 : Les conclusions présentées par les consorts A... J... et la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne, tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 4 : Le présent arrêt sera notifié à M. P... A... J..., à M^me^ M... L... épouse A... J..., au Grand hôpital de l'Est francilien et à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne.

Délibéré après l'audience du 30 janvier 2020, à laquelle siégeaient :

- M. Lapouzade, président,

- M. D..., président assesseur,

- M^me^ Larsonnier, premier conseiller.

Rendu public par mise à disposition au greffe, le 22 mai 2020.

Le président de la 8^e^ chambre,

J. LAPOUZADE

La République mande et ordonne au ministre des solidarités et de la santé en ce qui le concerne ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

Doctrine

Tribunal administratif de Marseille, 7ème chambre, 23 octobre 2024, n° 2203842

TA Marseille
Rejet
23 octobre 2024

Sur la décision

Référence : TA Marseille, 7e ch., 23 oct. 2024, n° 2203842

Juridiction : Tribunal administratif de Marseille

Numéro : 2203842

Type de recours : Plein contentieux

Dispositif : Rejet

Date de dernière mise à jour : 25 octobre 2024

Sur les parties

Avocat(s) :
Xavier BELLILCHI-BARTOLI

Texte intégral

Vu la procédure suivante :

Par une requête, enregistrée le 6 mai 2022, M^me^ C B, représentée par M^e^ Bellilchi-Bartoli, doit être regardée comme demandant au tribunal :

1°) de condamner l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Laveran et l'Etat à lui verser la somme globale de 129 257,20 euros en réparation du préjudice subi, avec intérêts au taux légal à compter de son recours préalable indemnitaire ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat la somme de 4 800 euros au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ainsi que les entiers dépens.

Elle soutient que :

— l'HIA Laveran, qui dépend du ministre des armées, a commis une faute dans le choix thérapeutique d'effectuer une chirurgie de sleeve gastrectomie alors qu'elle ne remplissait pas les critères établis par la Haute Autorité de Santé pour bénéficier de cette intervention en première intention ;

— l'HIA Laveran a également méconnu son obligation d'information ;

— elle est fondée à obtenir une indemnisation d'un montant total de 129 257,20 euros, soit les sommes de 7 040 euros au titre des frais d'expertise et de médecins de recours, de 756 euros au titre du déficit fonctionnel total, de 6 109,60 euros au titre du déficit fonctionnel partiel, de 3 801,60 euros au titre de l'assistance tierce personne, de 15 000 euros au titre des souffrances endurées, de 8 000 euros au titre du préjudice esthétique temporaire et de 2 000 euros sur ce poste de préjudice permanent, de 36 750 euros au titre du déficit fonctionnel permanent, de 15 000 euros au titre du préjudice sexuel et de 30 000 euros au titre du préjudice moral d'impréparation.

Par un mémoire en intervention, enregistré le 9 juin 2023, la CPAM des Bouches-du-Rhône demande au tribunal de condamner l'Etat à lui verser la somme de 908,23 euros, sous réserve d'autres paiements non connus au jour du jugement, assortie des intérêts légaux, ainsi qu'une somme de 302,74 euros au titre de l'indemnité forfaitaire de

gestion.

Par un mémoire en défense, enregistré le 8 avril 2024, le ministre des armées conclut au rejet de la requête et, à titre subsidiaire, au prononcé d'une expertise permettant d'évaluer le taux de perte de chance et les préjudices imputables à la prise en charge par l'HIA Laveran.

Il fait valoir que les moyens soulevés par la requérante ne sont pas fondés.

Vu :

— l'ordonnance du président du tribunal administratif de Marseille du 23 janvier 2020 taxant les frais et honoraires de l'expert à la somme de 510 euros ;

— l'ordonnance du président du tribunal administratif de Marseille du 23 aout 2021 taxant les frais et honoraires de l'expert à la somme de 2260 euros ;

— les autres pièces du dossier.

Vu :

— le code civil ;

— le code de la santé publique ;

— le code de la sécurité sociale ;

— le code de justice administrative.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

— le rapport de M^me^ Diwo, rapporteure ;

— et les conclusions de M^me^ Lourtet, rapporteure publique.

Considérant ce qui suit :

1. M^me^ B a été hospitalisée du 8 au 14 juin 2011 à l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Laveran, relevant du ministère des armées, où elle a subi le 9 juin une intervention chirurgicale de gastrectomie longitudinale (dite sleeve gastrectomie). Elle a présenté dans les suites de l'intervention une fistule gastrique et a été opérée le 30 juin suivant pour drainer la collection liquidienne. Le 28 juillet 2015, une fibroscopie révélait la présence d'une fistule post sleeve nécessitant une nouvelle opération chirurgicale pour la mise en place d'un by-pass. Elle a souffert par la suite de carences vitaminiques graves, ainsi que d'un reflux gastro-œsophagien. M^me^ B demande l'indemnisation du préjudice qu'elle aurait subi à raison de fautes commises dans le cadre de sa prise en charge dans les services de l'HIA Laveran.

Sur les conclusions à fin d'indemnisation :

Sur l'erreur dans choix thérapeutique :

2. 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. La Haute Autorité de Santé préconise, dans sa recommandation publiée en 2009, les opérations de chirurgie bariatrique chez des patients adultes réunissant plusieurs conditions cumulatives : un IMC supérieur à 40 ou compris entre 35 et 40 associé à au moins une comorbidité, l'échec d'un traitement médical, diététique et psychothérapique conduit pendant au moins 6 mois, l'absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids, une évaluation préopératoire pluridisciplinaire, la compréhension par le patient de la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme et l'acceptation des risques opératoires. Toutefois, les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de santé ont pour objet de guider les professionnels de santé

dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édiction. Elles ne dispensent pas le professionnel de santé d'entretenir et perfectionner ses connaissances par d'autres moyens et de rechercher, pour chaque patient, la prise en charge qui lui paraît la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient. Il en résulte que les recommandations de la Haute Autorité de Santé ne constituent pas une règlementation de l'élaboration d'un diagnostic et d'un traitement dont le médecin ne pourrait s'écarter.

4. En l'espèce, il résulte de l'instruction que d'une part, M^me^ B a consulté le chirurgien qui l'a opéré pour la première fois le 9 mars 2011 et qu'elle a été opérée le 9 juin suivant, soit moins de 6 mois après et que, d'autre part, elle présentait un IMC voisin de 38 au cours de la période préopératoire. Ainsi, la prise en charge préopératoire de la requérante ne correspond pas aux recommandations précédemment rappelées de la Haute Autorité de Santé. Toutefois, il résulte également de l'instruction, et notamment du rapport de l'expertise diligentée par le tribunal, que cette intervention chirurgicale, loin d'être contre-indiquée, s'avérait au contraire nécessaire dans le cas de M^me^ B dès lors qu'elle était atteinte à 24 ans d'une obésité sévère pour laquelle il est établi que seule la chirurgie permet d'obtenir un amaigrissement significatif et par voie de conséquence une diminution des risques de complications métaboliques. Dans ces conditions, le respect d'un délai de 6 mois n'aurait rien changé à l'indication chirurgicale, ce d'autant moins que la requérante souhaitait cette intervention laquelle au demeurant ayant déclaré lors des opérations d'expertise qu'elle pesait près de 100 kg au moment de son opération, soit un IMC de 40. Par ailleurs, il résulte de l'instruction que l'intervention chirurgicale a été validée en commission pluridisciplinaire au début du mois de mai 2011, contrairement à ce qu'allègue la requérante, et que tous les examens préalables requis avaient été réalisés. En outre, la prise en charge chirurgicale a été effectuée dans les règles de l'art, aucune faute de l'établissement hospitalier n'étant à relever dans l'organisation et le fonctionnement du service. Par ailleurs, il résulte de l'instruction que les dommages subis par M^me^ B trouvent leur origine dans la survenue d'une fistule, puis d'une sténose, qui sont des risques inhérents à la chirurgie bariatrique. Si la sténose ne survient pour sa part qu'à titre exceptionnel alors que les fistules sont recensées dans 5% des cas, il ne résulte pas de l'expertise que l'intéressée présentait des prédispositions particulières, ni que les risques aient été majorés par les conditions de prise en charge pré ou post opératoires. Enfin, il est établi que, in fine, l'état de santé de M^me^ B est très satisfaisant et qu'elle a obtenu une perte de poids importante et stable. Dans ces conditions, il n'existe pas de lien de causalité entre les manquements constatés et les dommages subis par la requérante.

Sur le manquement à l'obligation d'information :

5. Aux termes de l'article L. 1142-1 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 () ». Il résulte de ces dispositions que doivent être portés à la connaissance du patient, préalablement au recueil de son consentement à l'accomplissement d'un acte médical, les risques connus de cet acte qui, soit, présentent une fréquence statistique significative, quelle que soit leur gravité, soit, revêtent le caractère de risques graves, quelle que soit leur fréquence.

6. En cas de manquement à cette obligation d'information, si l'acte de diagnostic ou de soin entraîne pour le patient, y compris s'il a été réalisé conformément aux règles de l'art, un dommage en lien avec la réalisation du risque qui n'a pas été porté à sa connaissance, la faute commise en ne procédant pas à cette information engage la responsabilité de l'établissement de santé à son égard pour sa perte de chance de se soustraire à ce risque en renonçant à l'opération. Il n'en va autrement que s'il résulte de l'instruction que compte tenu de ce qu'était l'état de santé du patient et son évolution prévisible en l'absence de réalisation de l'acte, des alternatives thérapeutiques qui pouvaient lui être proposées ainsi que de tous autres éléments de nature à révéler le choix qu'il aurait fait, qu'informé de la nature et de l'importance de ce risque, il aurait consenti à l'acte en question.

7. En l'espèce, M^me^ B a signé le formulaire de consentement à l'opération de sleeve gastrectomie le 30 mai, celle-ci ayant ainsi déclaré consentir à cette opération dont la nature, les buts poursuivis, les effets secondaires et les éventuelles complications de l'opération et du traitement lui ayant été expliqués par son médecin tout comme les risques liés à l'anesthésie. En outre, il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise, que M^me^ B a rencontré à plusieurs reprises son médecin, qu'elle a reçu toute l'information nécessaire sur les différentes techniques chirurgicales et que son consentement a été donné après cette information. D'ailleurs, les doléances de M^me^ B, qui ont été jointes au dossier d'expertise, viennent confirmer ce dernier point puisqu'elle déclare avoir

discuté avec le médecin de la solution la plus adaptée à son problème et que le choix de l'intervention lui a alors paru le plus adapté. Enfin, le rapport d'expertise mentionne la ferme intention de M^me^ B de bénéficier de l'intervention chirurgicale, connaissance acquise des possibles complications inhérentes à celle-ci. Ainsi, il résulte de tout ce qui précède qu'aucun manquement à l'obligation d'information ne peut être retenu de la part de l'IHA Laveran.

Sur les conclusions de la CPAM des Bouches-du-Rhône :

8. Aucune faute n'étant retenue à la charge de l'HIA Laveran, la CPAM n'est pas fondée à demander la prise en charge des débours.

Sur la charge des frais d'expertise :

9. Il y a lieu de mettre à la charge de M^me^ B les frais et honoraires des expertises du D^r^ D, liquidés et taxés à la somme totale de 2770 euros par les ordonnances du président du tribunal des 23 janvier 2020 et 23 août 2021.

Sur les frais liés au litige :

10. Les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge de l'Etat, qui n'est pas la partie perdante dans la présente instance, la somme demandée à ce titre par M^me^ B.

D E C I D E :

Article 1er : La requête de M^me^ B est rejetée.

Article 2 : Les frais d'expertise liquidés et taxés à la somme de 2770 euros (deux mille sept cent soixante-dix euros) sont mis à la charge définitive de M^me^ B.

Article 3 : Le présent jugement sera notifié à M^me^ C B, au ministre des armées et des anciens combattants et à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône

Copie en sera adressée au Docteur A D, expert.

Délibéré après l'audience du 24 septembre 2024, à laquelle siégeaient :

M^me^ Simon, présidente

M^me^ Hétier-Noël, première conseillère

M^me^ Diwo, première conseillère

Rendu public par mise à disposition au greffe le 23 octobre 2024.

Le rapporteur,

signé

C. DIWO

La présidente,

signé

F. SIMON

La greffière,

signé

A. VIDAL

La République mande et ordonne au ministre des armées et des anciens combattants en ce qui le concerne ou à tous commissaires de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

Pour expédition conforme,

Pour la greffière en chef,

La greffière,

6 mars 2024
Tribunal judiciaire de Bordeaux
RG n° 22/00995

6ème CHAMBRE CIVILE

Texte de la **décision**

Entête

6EME CHAMBRE CIVILE
SUR LE FOND

TRIBUNAL JUDICIAIRE
DE BORDEAUX
6EME CHAMBRE CIVILE

JUGEMENT DU 06 Mars 2024
63A

RG n° N° RG 22/00995

Minute n°

AFFAIRE :

[V] [L] [B] [W], [O] [C]
C/
CPAM DE LA GIRONDE, [ZH] [E], [J] [F], l'ONIAM, [Y] [GL], S.A. Polyclinique [Localité 17] Rive Droite, [H] [SB]

Grosse Délivrée
le :
à Avocats : la SAS AEQUO AVOCATS
la SCP BAYLE - JOLY
la SELARL BENEDICTE DE BOUSSAC DI PACE
la SELARL BIROT - RAVAUT ET ASSOCIES
la SELARL CABINET AURELIE JOURNAUD

la SELARL CABINET ETCHE AVOCATS
Me Christine GIRERD
la SELARL RACINE

COMPOSITION DU TRIBUNAL :

Lors des débats, du délibéré et de la mise à disposition :

Madame Louise LAGOUTTE, vice-président,
Madame Clémence CARON, vice-président placée,
Madame Fanny CALES,juge,

greffier présente lors des débats et de la mise à disposition : Madame Elisabeth LAPORTE,

DEBATS:

A l'audience publique du 10 Janvier 2024,

JUGEMENT:

Contradictoire
En premier ressort
Par mise à disposition au greffe

DEMANDEURS

Monsieur [V] [L] [B] [W]
né le [Date naissance 1] 1977 à [Localité 18] (GABON)
de nationalité Gabonaise
[Adresse 13]
[Localité 11]

agissant tant à titre personnel qu'es qualités de tuteur de Madame [S] [C], née le [Date naissance 6]/1975 à [Localité 17] et demeurant [Adresse 13] [Localité 11]

M.[V] [B] [W] et Mme [S] [C] agissant tous deux es qualités de représentants légaux de [U] [K], née le [Date naissance 5]/2008 à [Localité 17], [M] [B] [W] née le [Date naissance 3]/2011 à Bordaux et [X] [B] [W], né le [Date naissance 4]/2014 à [Localité 17]

représentés par Maître Aurélie JOURNAUD de la SELARL CABINET AURELIE JOURNAUD, avocats au barreau de BORDEAUX

Madame [O] [C]
née le [Date naissance 2] 2001 à [Localité 17]
de nationalité Française
[Adresse 13]
[Localité 11]

représentée par Maître Aurélie JOURNAUD de la SELARL CABINET AURELIE JOURNAUD, avocats au barreau de BORDEAUX

DEFENDEURS

CPAM DE LA GIRONDE prise en la personne de son représentant légal domicilié es qualités audit siège
[Adresse 16]
[Localité 8]

représentée par Maître Bénédicte DE BOUSSAC DI PACE de la SELARL BENEDICTE DE BOUSSAC DI PACE, avocats au barreau de BORDEAUX

Monsieur [ZH] [E]
de nationalité Française
[Adresse 14]
[Localité 9]

représenté par Maître Eugénie SIX de la SELARL CABINET ETCHE AVOCATS, avocats au barreau de BORDEAUX

Monsieur [J] [F]
de nationalité Française
[Adresse 7]
[Adresse 7]
[Localité 10]

représenté par Me Christine GIRERD, avocat au barreau de BORDEAUX

L'ONIAM pris en la personne de son directeur en exercice domicilié es qualités audit siège
[Adresse 12]
[Localité 15]

représentée par Maître Pierre RAVAUT de la SELARL BIROT - RAVAUT ET ASSOCIES, avocats au barreau de BORDEAUX

Monsieur [Y] [GL]
de nationalité Française
[Adresse 7]
[Adresse 7]
[Localité 10]

représenté par Maître Jean-jacques ROORYCK de la SAS AEQUO AVOCATS, avocats au barreau de BORDEAUX

S.A. Polyclinique [Localité 17] Rive Droite prise en la personne de son représentant légal domicilié es qualités audit siège
[Adresse 7]
[Localité 10]

représentée par Maître Annie BERLAND de la SELARL RACINE BORDEAUX, avocats au barreau de BORDEAUX

Monsieur [H] [SB]
de nationalité Française
[Adresse 7]

[Adresse 7]
[Localité 10]

représenté par Maître Paola JOLY de la SCP BAYLE - JOLY, avocats au barreau de BORDEAUX

Exposé du litige

EXPOSE DES FAITS ET DE LA PROCEDURE

Madame [S] [C] a été opérée le 03 janvier 2017 par le docteur [GL], chirurgien digestif exerçant à titre libéral au sein de la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE. L'intervention chirurgicale portait sur la pose d'un by-pass laparoscopique.

Madame [C] a regagné son domicile de 06 janvier 2017.

Le 07 janvier 2017, Madame [C] s'est présentée au Service des Urgences de la POLYCLINIQUE RIVE DROITE en raison de douleurs épigastriques accompagnées de vomissements. Un scanner thoraco-abdominal réalisé le jour même n'a pas mis en évidence de dissection aortique, ni d'anomalie abdominale.

Le 11 janvier 2017, une fibroscopie gastrique réalisée par le docteurs [E] a révélé la présence d'une fistule pour laquelle il était décidé de poser un drain.

Le 13 janvier suivant,il était procédé à une intervention chirurgicale à cette fin. Toutefois, au cours de cette intervention, et avant même la mise en place du drain, Madame [C] présentait une défaillance cardio-respiratoire nécessitant la réalisation de manœuvres de réanimation.

Madame [C] conserve de lourdes séquelles de cette défaillance, se trouvant désormais dans un état pauci-relationnel.

Par jugement rendu le 30 novembre 2017 par le juge des tutelles près le Tribunal d'Instance de BORDEAUX, Madame [C] a été placée sous mesure de tutelle, son compagnon Monsieur [V] [B] [W] étant désigné en qualité de tuteur.

Par actes d'huissiers délivrés le 9 avril 2018, Madame [C], représentée par son tuteur, a fait délivrer une assignation en référé devant le Tribunal de Grande Instance de BORDEAUX à l'encontre de la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE,

du Docteur [Y] [GL], de l'ONIAM et de la CPAM de la GIRONDE, aux fins de voir ordonner une mesure d'expertise judiciaire. Par ordonnance en date du 28 mai 2018, le juge des référés du Tribunal de Grande Instance de Bordeaux a fait droit à sa demande d'expertise.

Après plusieurs changements d'experts, le docteur [A] a ouvert les opérations d'expertise au cours d'une réunion en date du 19 septembre 2019.

Suite aux premières observations de l'expert, Madame [C] a fait délivrer une nouvelle assignation devant le Juge des référés du Tribunal de Grande Instance de BORDEAUX à l'encontre des intervenants déjà parties à la procédure ainsi qu'aux docteurs [SB], [E], [EN] et [F] aux fins de voir les opérations d'expertise étendues à leur égard et de solliciter la communication sous astreinte de pièces complémentaires.

Selon ordonnance rendue le 16 mars 2020, l'expertise était étendue aux docteurs [SB], [E], [EN] et [F] .

Une seconde réunion d'expertise avait lieu le 28 mai 2021 à l'issue de laquelle l'expert judiciaire déposait un pré-rapport puis, après réception des dires des parties, un rapport d'expertise définitif le 1er décembre 2021.

Le rapport d'expertise judiciaire du docteur [A] retient un déficit fonctionnel permanent de 95 % après une consolidation fixée au 1er septembre 2020, soit à l'âge de 44 ans

L'expert retient que l'arrêt cardiaque de Madame [C] survenu lors de l'intervention chirurgicale du 13 janvier 2017 est consécutif à une embolie pulmonaire. Il considère que cet accident résulte de plusieurs fautes commises notamment :
- dans le cadre de l'indication opératoire posée par le docteur [GL] lors de sa consultation du 18 mai 2016 puis à l'issue d'une réunion pluridisciplinaire du 8 septembre 2016 ; l'expert considère que l'indication opératoire n'était pas conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé en ce que l'indice de masse corporelle calculé par le docteur [GL] était exagéré et qu'en tout état de cause, il ne dépassait pas 40 kg/m de sorte qu'il n'y avait pas lieu, en l'absence de comorbidité associée, à une indication de chirurgie bariatrique ; l'expert considère en effet que l'existence d'un diabète de type II sévère et déséquilibré invoqué par le docteur [GL] ne résulte d'aucun élément médical factuel transmis à l'expert; l'expert retient en outre que l'indication chirurgicale posée par le docteur [GL] sans avis préalable d'un endocrinologue, à l'issue de la réunion pluridisciplinaire du 8 septembre 2016, n'a pas été posée après au moins six mois d'une prise en charge avec traitement médical nutritionnel diététique et psychothérapeutique;
- dans le cadre de la prophilaxie destinée à éviter la survenue de phlébite et d'embolie pulmonaire, la prescription initiale du docteur [GL] à sa sortie de l'hôpital, portant sur une dose de LOVENOX insuffisante au regard des recommandations de la société française des anesthésie réanimation; l'expert retient qu'aucun des intervenants ultérieurs n'a modifié cette prescription insuffisante;
- dans le cadre de la prise en charge de Madame [C] par le docteur [F] aux urgences le 7 janvier 2017, le scanner prescrit par ce dernier n'ayant été prescrit que pour rechercher une dissection aortique sans demande de recherche d'une complication chirurgicale malgré les signaux justifiant un tel examen; l'expert souligne l'absence de traçabilité de la concertation entre les médecins concernés par cette prise en charge, à savoir le docteur [F] et le docteur [SB], chirurgien d'astreinte, ce qui ne permet pas d'établir une prise en charge conforme à la charte de fonctionnement des urgences de la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE
- dans le cadre de la prise en charge entre le 8 et le 11 janvier 2017 par les docteurs [GL] et [SB], cette prise en charge étant considérée par l'expert comme insuffisamment diligente et attentive pour comprendre l'évolution des symptômes malgré les signaux alarmants;
- dans le cadre de la fibroscopie réalisée le 11 janvier 2017 par le docteur [E], cette fibroscopie ayant mis en évidence une complication chirurgicale sous forme de fistule de la suture, c'est-à-dire d'un défaut d'étanchéité justifiant une mise en place immédiate de drain et une prescription d'antibiotiques pour éviter une formation d'abcès, alors qu'aucune antibiothérapie n'a été immédiatement délivrée et que le geste thérapeutique de drainage endoscopique a été repoussé au 13 janvier 2017

Le docteur [A] ne retient en revanche aucune faute à l'encontre du docteur [EN], médecin anesthésiste ayant pris en charge la réanimation de Madame [C] au bloc opératoire le 13 janvier 2017. L'expert considère en effet que la prise en charge par ce médecin a été diligente et attentive, qu'elle s'est basée sur une hypothèse de diagnostic de compression gazeuse à la fonction cardiaque en lien avec le gaz insufflé pendant l'endoscopie, hypothèse qui était possible et qui justifiait une telle prise en charge. L'expert expose que le scanner du 17 janvier 2017 a mis en évidence une embolie pulmonaire cruorique, c'est-à-dire consécutive à la formation d'un caillot de sang obturant la partie distale de l'artère pulmonaire.

Par actes d'huissier délivrés les 28 janvier, 1er et 2 février 2022, les Consorts [C]-[B] [W] faisaient délivrer assignation au fond devant le Tribunal judiciaire de Bordeaux à l'encontre de la Polyclinique [Localité 17] RIVE DROITE, de l'ONIAM et des docteurs [GL], [SB], [E] et [F], en présence de la CPAM de la GIRONDE, aux fins de voir condamner ces praticiens et établissements de santé in solidum à verser les sommes suivantes:
- A Madame [C] : 964.443,09 € outre une rente trimestrielle de 63.750€ à compter du 1 er juillet 2022 ;
- A Monsieur [B] [W], compagnon de Madame [C]: la somme de 75.000€
- A chacun des 4 enfants de Madame [C] : la somme de 75.000 €
- 10.000 € à Madame [C] et 500€ aux autres demandeurs au titre des frais irrépétibles

A titre subsidiaire, ils sollicitaient la condamnation de l'ONIAM aux mêmes sommes.

Selon conclusions d'incident signifiées le 31 mai 2022, Madame [S] [C] représentée par son tuteur, Monsieur [B] [W], sollicitait la condamnation in solidum des défendeurs à lui verser une provision de 1.000.000 € outre la somme de 3.000 € au titre des frais irrépétibles.

Par ordonnance en date du 23/11/2022, le juge de la mise en état a :
- condamné l'ONIAM à payer à Madame [S] [C] représentée par son tuteur [V] [B] [W], pour le compte de qui il appartiendra, une provision de 700 000 € à valoir sur la réparation de son préjudice corporel ;
- condamné l'ONIAM à payer à Madame [S] [C] représentée par son tuteur [V] [B] [W] 2 000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;
- joint les dépens de l'incident aux dépens du fond ;
- renvoyé l'affaire à l'audience de mise en état électronique du 25 avril 2023 ;
- enjoint aux parties de conclure dans les délais suivants :
- avant le 20 janvier 2023 pour la CPAM de la Gironde
- avant le 28 février 2023 pour le Docteur [GL]
- avant le 31 mars 2023 pour le Docteur [F]
- avant le 30 avril 2023 pour le Docteur [SB]
- avant le 31 mai 2023 pour le Docteur [E]
- avant le 30 juin 2023 pour la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE
- avant le 15 septembre 2023 pour l'ONIAM
- avant le 30 octobre 2023 pour les requérants ;

Par arrêt rendu le 16 janvier 2004, en cours de délibéré, la Cour d'appel de Bordeaux a confirmé cette décision et, y ajoutant, a condamné l'ONIAM à verser à Mme [C] une somme additionnelle de 3 000 € au titre des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

Par conclusions notifiées le 17 mars 2023, les requérants, à savoir :
- Madame [S] [C], représentée par son tuteur M. [V] [L] [B] [W]
- Monsieur [V] [B] [W], son compagnon
- Madame [O] [C], fille de [S] [C] née le [Date naissance 2]/2001
- [U] [K], née le [Date naissance 5]/2008, fille de Madame [S] [C] et de Monsieur [V] [L] [B] [W] représentée par ce dernier et par Monsieur [V] [L] [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C]

- [M] [B] [W] née le [Date naissance 3]/2011, fille de Madame [S] [C] et de Monsieur [V] [L] [B] [W] représentée par ce

dernier et par Monsieur [V] [L] [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C]
- [X] [B] [W] né le [Date naissance 4]/2014, fils de Madame [S] [C] et de Monsieur [V] [L] [B] [W] représentée par ce dernier et par Monsieur [V] [L] [B] [W]en qualité de tuteur de [S] [C]
demandent au tribunal de :
Vu les dispositions des articles 1231-1 et suivants du code civil et L.1142-1 et suivants du code de la santé publique,
- DIRE recevables et bien fondés :
> [S] [C] représentée par son tuteur [V] [L] [B] [W],
> [V] [B] [W],
> [O] [C],
> Madame [S] [C] représentée par Monsieur [V] [L] [B] [W], son tuteur, et Monsieur [V] [L] [B] [W] agissant en qualité de représentants légaux de [U] [K], [M] [B] [W] et [X] [B] [W] à solliciter l'indemnisation de leurs entiers préjudices suite à l'accident médical dont [S] [C] a été victime le 13 janvier 2017.
- Les DIRE recevables et bien fondés en l'ensemble de leurs demandes.
- CONDAMNER in solidum le docteur [GL], la polyclinique [Localité 17] Rive Droite, le docteur [SB], le docteur [E], le docteur [J] ou les uns à défaut des autres à indemniser les préjudices subis par les demandeurs.
- LIQUIDER le préjudice consécutif à cet accident subi par [S] [C] représentée par son tuteur [V] [L] [B] [W] à la somme de 17.417.242,29 € (sauf MEMOIRE)
- FIXER la créance des tiers payeurs à la somme de 3.433.482,00 €.
- CONDAMNER in solidum le docteur [GL], la polyclinique [Localité 17] Rive Droite, le docteur [SB], le docteur [E], le docteur [J] ou les uns à défaut des autres à payer à [S] [C] représentée par son tuteur [V] [L] [B] [W] la somme de 1.872.535,29 € (sauf MEMOIRE) en deniers ou quittances outre une rente de 63.750,00 € par trimestre à compter du 1.07.2023.
- CONDAMNER les mêmes et à même solidarité au paiement de :
* En faveur de [V] [B] [W] : la somme de 75.000 € au titre de son préjudice moral et des troubles dans les conditions d'existence.
* En faveur de [O] [C], [U] [K], [M] [B] [W] et [X] [B] [W] chacun : la somme de 75.000 € au titre de leurs préjudices moraux et des troubles dans les conditions d'existence.
- CONDAMNER les mêmes et à même solidarité au paiement de :
* La somme de 10.000 € au titre de l'article 700 du CPC en faveur de [S] [C] représentée par son tuteur [V] [L] [B] [W],
* La somme de 500 € au titre de l'article 700 du CPC en faveur de [V] [B] [W], [O] [C], [U] [K], [M] [B] [W] et [X] [B] [W] chacun,
* Les entiers dépens d'instance avec distraction au profit de la SELARL Cabinet Aurélie JOURNAUD prise en la personne de Maître Aurélie JOURNAUD, avocat au Barreau de Bordeaux, conformément aux dispositions des articles 699 et suivants du CPC.
A titre infiniment subsidiaire,
- JUGER que [S] [C] a été victime d'un accident médical dont l'indemnisation incombe à l'ONIAM.

- CONDAMNER l'ONIAM à payer à [S] [C] représentée par son tuteur [V] [L] [B] [W] la somme 1.872.535,29 € (sauf MEMOIRE) en deniers ou quittances outre une rente de 63.750,00 € par trimestre à compter du 1.07.2022.
- CONDAMNER l'ONIAM au paiement de :
* La somme de 10.000 € au titre de l'article 700 du CPC en faveur de [S] [C] représentée par son tuteur [V] [L] [B] [W],
* Les entiers dépens d'instance avec distraction au profit de la SELARL Cabinet Aurélie JOURNAUD prise en la personne de Maître Aurélie JOURNAUD, avocat au Barreau de Bordeaux, conformément aux dispositions des articles 699 et suivants du CPC.
En toute hypothèse,
- ORDONNER l'exécution provisoire de la décision à intervenir nonobstant appel et sans caution.
- DIRE que le jugement à intervenir sera commun à la CPAM de la Gironde.

Par conclusions notifiées le 16 février 2023, la CPAM de la Gironde demande au tribunal de :
Vu les dispositions de l'article L1142-1 du Code de la santé publique,
Vu les pièces du dossier et notamment le rapport d'expertise du Docteur [P] [A],
- DECLARER la CPAM DE LA GIRONDE recevable et bien fondée en ses écritures, demandes, fins et prétentions ;

- DECLARER les Docteurs [Y] [GL], [H] [SB], [ZH] [E], [F] [J] ainsi que la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE responsable de l'accident médical dont a été victime Madame [S] [C] et des préjudices qui en ont résulté pour la CPAM DE LA GIRONDE ;
- DECLARER que le préjudice de la CPAM DE LA GIRONDE est constitué par les sommes exposées dans l'intérêt de son assurée sociale, Madame [S] [C], à hauteur de la somme de 3.433.347,00 € ;

- CONDAMNER IN SOLIDUM les Docteurs [Y] [GL], [H] [SB], [ZH] [E], [F] [J] ainsi que la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE à verser à la CPAM DE LA GIRONDE la somme de 3.433.347,00 € en remboursement des prestations versées pour le compte de son assurée sociale ;
- CONDAMNER IN SOLIDUM les Docteurs [Y] [GL], [H] [SB], [ZH] [E], [F] [J] ainsi que la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE, à verser à la CPAM DE LA GIRONDE la somme de 1.162,00 € au titre de l'indemnité forfaitaire en application des dispositions des articles 9 et 10 de l'Ordonnance n°96-51 du 24 janvier 1996 ;
- DECLARER que ces sommes seront assorties des intérêts au taux légal ;
- FAIRE application des dispositions de l'article 1343-2 nouveau du Code Civil ;
- CONDAMNER IN SOLIDUM les Docteurs [Y] [GL], [H] [SB], [ZH] [E], [F] [J] ainsi que la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE, à verser à la CPAM DE LA GIRONDE la somme de 1.500 € sur le fondement des dispositions de l'article 700 du Code de Procédure Civile outre les entiers dépens ;
- DIRE N'Y AVOIR LIEU à écarter l'exécution provisoire de droit.

Par conclusions notifiées le 20 février 2023, le docteur [Y] [GL] demande au tribunal de:
Vu les dispositions de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.
- Rejeter en l'état les demandes de M. [B] [W] agissant tant en son nom personnel qu'en qualité de tuteur de M me [S] [C] et de représentant légal de [K] [U] née le [Date naissance 5]/2008, [B] [W] [M] née le [Date naissance 3]/2011 et [B] [W] [X] né le [Date naissance 4]/2014, ainsi que toute de mande de M me [O] [C], dirigées contre le docteur [Y] [GL].
- Ordonner avant-dire droit une contre-expertise.

Par conclusions notifiées le 31 mars 2023, le docteur [F] demande au tribunal de :
Vu l'article L 1142-1 du Code de la Santé Publique,
A titre principal
- JUGER que le docteur [F] n'a commis aucune faute de nature à engager sa responsabilité à l'origine des complications présentées par Madame [C],
- DEBOUTER en conséquence les demandeurs de l'intégralité de leurs demandes, fins et conclusions dirigées à l'encontre du docteur [F],
- CONDAMNER les mêmes à verser au docteur [F] la somme de 3.000 € au titre de l'article 700 du CPC outre les entiers dépens.
Subsidiairement,
Avant-dire-droit,
- ORDONNER une mesure de contre-expertise médicale confiée à un collège d'Experts
composé d'un Expert spécialisé en chirurgie bariatrique et d'un Expert spécialisé en
anesthésie réanimation, avec mission habituelle en matière de responsabilité médicale.

Par conclusions notifiées le 25 octobre 2023, le docteur [SB] demande au tribunal de :
À titre principal :
- Débouter les demandeurs, de leurs prétentions dirigées à l'encontre du docteur [SB] en l'absence de toute faute de ce dernier à l'origine de leur préjudice,
- Débouter la CPAM de ses demandes dirigées à l'encontre du docteur [SB],
- Débouter l'ONIAM de l'ensemble de ses demandes dirigées à l'encontre du docteur [SB],
- Condamner tout succombant à verser au docteur [SB] la somme de 3 000 euros au titre des frais irrépétibles,
À titre subsidiaire :
- Ordonner une contre-expertise confiée à tel collège d'experts compétent en chirurgie bariatrique et anesthésie réanimation qu'il plaira,
À titre infiniment subsidiaire :
- Limiter la part de responsabilité du docteur [SB] à hauteur de 5 %,

- Par conséquent limiter l'indemnisation éventuellement mise à sa charge à hauteur de 5 %,
- Condamner le docteur [GL] à garantir intégralement le docteur [SB] de toute condamnation,
- Réduire les prétentions indemnitaires des demandeurs à de plus justes proportions,
- Débouter la CPAM de ses demandes dirigées à l'encontre du docteur [SB],
- Débouter madame [C] de ses demandes au titre des dépenses de santé actuelles et futures, des frais divers, pertes de gains professionnels actuels, incidence professionnelle, pertes de gains professionnels futurs, préjudice d'agrément, préjudice d'établissement

Par conclusions notifiées le 17 mars 2023, le docteur [E] demande au tribunal de :
A TITRE PRINCIPAL
- DEBOUTER les consorts [C] de l'ensemble de leurs demandes, fins et conclusions
dirigées à l'encontre du docteur [E], en l'absence de manquement fautif de ce dernier à l'origine de leurs préjudices
- DEBOUTER LA CPAM DE LA GIRONDE de l'ensemble de ses demandes, fins et conclusions
dirigées à l'encontre du Docteur [E]
- CONDAMNER tout succombant à payer au docteur [E] la somme de 3.000 € par application
des dispositions de l'article 700 du CPCP

A TITRE SUBSIDIAIRE :
- ORDONNER, avant dire-droit, une mesure de contre-expertise médicale confiée à un collège d'experts comprenant un chirurgien bariatrique, un médecin anesthésiste-réanimateur et un gastro-entérologue
- CONFIER aux experts, outre la mission habituelle, celle de se prononcer sur les questions
suivantes :
o Le docteur [E] pouvait-il différer la pose du drain au 13 janvier 2017 ?
o Le docteur [E] était-il responsable de la prescription de l'antibiothérapie le 11 janvier 2017?
o La prise en charge réalisée par le docteur [E] est-elle en lien avec la survenue du dommage?
o Dans l'affirmative, fixer la perte de chance et la part de responsabilité du Docteur [E]
A TITRE INFINIMENT SUBSIDIAIRE :
- CONDAMNER le docteur [GL] à garantir le docteur [E] de l'intégralité des
condamnations prononcées à son encontre

Par conclusions notifiées le 21 juin 2023, la Polyclinique [Localité 17] RIVE DROITE demande au tribunal de :
- DEBOUTER les Consorts [C]-[B] [W] agissant tant en leur nom personnel qu'en leur qualité de tuteur et de représentants légaux de leurs enfants ainsi que la CPAM de la GIRONDE, ou tout autre partie, de l'intégralité de leurs demandes de condamnation formées à l'encontre de la Polyclinique [Localité 17] RIVE DROITE ;
- CONDAMNER les Consorts [C]-[B] [W] agissant tant en leur nom personnel qu'en leur qualité de tuteur et de représentants légaux de leurs enfants ainsi que la CPAM de la GIRONDE à verser la somme de 3.000 € à la Polyclinique [Localité 17] RIVE DROITE au titre des frais irrépétibles ;
- CONDAMNER les mêmes parties aux dépens.

Par conclusions notifiées le 25/09/23, l'ONIAM demande au tribunal de :
Vu la Loi du 4 mars 2002,
Vu l'article L. 1142-1 II du Code de la Santé Publique,
Vu le rapport d'expertise du Docteur [A] du 1 er décembre 2021,
A titre principal,
- Juger que les docteurs [GL], [SB], [E] et [J] et la Polyclinique de [Localité 17] Rive Droite ont commis des manquements engageant leur entière responsabilité
- Juger que les conditions pour une indemnisation au titre de la solidarité nationale ne sont pas réunies.
- Rejeter l'ensemble des demandes formulées à l'encontre de l'ONIAM.
- Prononcer la mise hors de cause de l'ONIAM.

- Condamner [S] [C] ou tout autre succombant à rembourser à l'ONIAM la somme versée au titre de la provision accordée par l'ordonnance rendue le 23 novembre 2022 par le juge de la mise en état du Tribunal judiciaire de Bordeaux, soit 700.000 € à valoir sur l'indemnisation de son préjudice corporel, ainsi qu'une somme de 2.000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile.
- Condamner les docteurs [GL], [SB], [E] et [J] et la Polyclinique de [Localité 17] Rive Droite à payer à l'ONIAM une somme de 5.000,00 € sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile.
- Les condamner aux entiers dépens.
A titre subsidiaire,
- Ordonner une nouvelle expertise au contradictoire de l'ensemble des parties, confiée à un collège d'experts spécialisés en chirurgie bariatrique et en anesthésie réanimation.
- Dire que l'expert rédigera un pré-rapport qui sera adressé aux parties aux fins d'observations auxquelles il sera répondu dans le rapport définitif.
- Réserver les dépens.
- Prononcer le sursis à statuer sur le fond dans l'attente du dépôt du rapport d'expertise définitif.
Pour l'exposé des moyens venant au soutien de ces demandes, il est renvoyé aux conclusions écrites des parties.

Par ordonnance du 31/10/2023, le juge de la mise en état a écarté la demande de report de la clôture formée par l'avocat du docteur [GL] et clôturé les débats.

L'affaire a été appelée à l'audience du 10 janvier 2024 au cours de laquelle elle a été retenue puis mise en délibéré par mise à disposition au greffe à la date de ce jour, les parties en ayant été informées selon les modalités de l'article 450 alinéa 2 du Code de Procédure Civile.

Motivation

MOTIFS DE LA DECISION

Sur la responsabilité médicale du docteur [GL]

Il résulte des dispositions combinées des articles L. 1142-1 I et R. 4127-32 du code de la santé publique que, hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d''un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Il est ainsi admis que la responsabilité du médecin, qui n'est tenue qu'à une obligation de moyens dans la réalisation des actes médicaux sus visés, ne peut être engagée qu'en cas ce faute dont il résulte pour le patient un préjudice en relation de causalité directe et certaine.

Les requérants, se référant aux conclusions du rapport d'expertise judiciaire, considèrent que le docteur [GL] a commis des fautes non seulement dans l'indication opératoire, l'intervention initiale réalisée le 3 janvier 2017 n'étant pas nécessaire, mais également au cours de sa prise en charge postopératoire concernant la prescription anti phlébite considérée comme insuffisante par l'expert. Ils ajoutent que l'expert a également mis en évidencedes défaillances du docteur [GL] dans l'exploration de la complication suite à sa réhospitalisation le 7 janvier.

S'agissant de l'indication opératoire, les requérants rappellent que selon l'expert, les recommandations en cours de la Haute autorité de santé au jour de l'opération ne permettaient d'envisager un by-pass dès lors qu'une telle opération n'était préconisée que pour les patients ayant un indice de masse corporelle supérieur à 40 chez qui un suivi médical continu pendant 6 à 12 mois n'avait pas permis de réduction pondérale. Ils ajoutent que selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé l'opération n'est préconisée lorsque l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 35 est associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie, notamment les désordres

métaboliques sévères en particulier diabète de type 2. Or, les requérants soutiennent qu'ainsi que l'a relevé l'expert, l'indice de masse corporelle de [S] [C] était habituellement mesuré au-dessous de 35 par les différents intervenants ayant procédé à des bilans entre la première consultation avec le docteur [GL] le 16 mai 2016 et le jour de l'intervention.
Ils ajoutent que la décision d'opération prise en réunion de concertation pluridisciplinaire le 8 septembre 2016 était prématurée alors qu'aucun suivi n'avait été réellement mis en place et en tout cas que la prise en charge avait démarré moins de quatre mois avant. Ils se réfèrent à l'appréciation de l'expert selon laquelle une concertation pluridisciplinaire exige de prendre l'avis d'un endocrinologue, d'autant que le docteur [D] avait fait part de réserves sur le projet d'intervention par courrier du 21 juin 2016. Enfin, les requérants rappellent que selon l'expert, le diabète de type II déséquilibré n'était pas documenté, aucun élément médical factuel ne permettant d'attester de la réalité et de la sévérité de cette pathologie n'ayant été transmis à l'expert.

Sur la prévention des risques de phlébite et la prescription par le docteur [GL] d'une dose de Lovenox à 0,4 par jour au lieu de deux selon les recommandations de la Haute autorité de santé, les requérants rappellent qu'il s'agit de la principale cause de l'arrêt cardiaque qui s'est produit le 13 janvier 2017, lequel résultait d'une embolie pulmonaire, un caillot ayant été mis en évidence dans la partie distale de l'artère pulmonaire gauche par scanner le 17 janvier 2017, 4 jours après l'accident. Elle ajoute que l'expert a relevé que cet accident ne pouvait avoir pour cause une embolie gazeuse liée à la technique opératoire de la fibroscopie avec insufflation de gaz, la quantité de gaz insufflé étant trop faible.

Les requérants ajoutent que concernant le suivi de [S] [C] après sa nouvelle hospitalisation du 7 janvier, l'expert a retenu la responsabilité conjointe du médecin urgentiste, de la clinique, du docteur [SB] et du docteur [GL] dans la défaillance de sa prise en charge, alors qu'une complication chirurgicale était à envisager mais qu'elle avait fait l'objet d'un scanner incomplet le soir de son admission aux urgences puis par la suite, d'une fibroscopie sans traitement immédiat de la fistule mise en évidence.

Le docteur [GL] conteste de son côté toute faute dans l'indication opératoire, considérant que l'indice de masse corporelle retenu par l'expert judiciaire est erroné. Il soutient que c'est l'IMC maximal renseigné lors du début de la prise en charge qui compte pour l'indication chirurgicale et ajoute qu'une perte de poids avant la chirurgie n'est pas une contre-indication. Il ajoute que les éléments établissant le diabète de type II, qui constituent un critère d'indication thérapeutique en cas d'indice de masse corporelle superieur à 35/m2 étaient bien établis antérieurement à la prise en charge de la patiente par plusieurs courriers médicaux. Sur la prescription d'anticoagulants à titre préventif à sa sortie d'hospitalisation, il considère qu'elle était conforme aux données acquises de la science. Il invoque à cet égard une étude portant sur 37 centres spécialisés de l'obésité révélant des pratiques très différentes sur la prophylaxie anti coagulant après chirurgie bariatrique.

En tout état de cause, le docteur [GL] conteste le lien de causalité établi entre l'arrêt cardiorespiratoire présenté par la patiente lors de l'intervention du 13 janvier 2017 et l'existence d'une embolie cruorique qu'il considère comme hypothétique ne serait-ce qu'au regard du caractère peu affirmatif des formules employées par l'expert. Il affirme que le caillot mis en évidence dans l'artère pulmonaire peut-être la conséquence de l'arrêt cardiorespiratoire et non sa cause, indiquant qu'il n'est pas rare que l'embolie pulmonaire cruorique se révèle au décours d'un arrêt cardio circulatoire avec massage cardiaque externe.

Concernant l'indication thérapeutique, il ressort des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en vigueur à la date de l'opération, soit en 2009 que:
« la chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaire (accord professionnel) chez les patients adultes réunissant l'ensemble des conditions suivantes :
* patient avec une IMC supérieure ou égale à 40 kg/m2 ou bien avec une IMC supérieure ou égale à 35 kg/m2 associé à au moins une comorbidité susceptible d'être amélioré après la chirurgie (notamment... désordres métaboliques sévères en particulier diabète de type II...)
* en deuxième intention après échec d'un traitement médical nutritionnel diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois
* en l'absence de perte de poids suffisante ont en l'absence de maintien de la perte de poids
* patient bien informé au préalable (accord professionnel) ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire

* patient ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (accord professionnel)
* risque opératoire acceptable (accord professionnel)

Le docteur [GL] ne conteste pas le bien-fondé de ces recommandations de la Haute Autorité de Santé et ne prétend pas qu'elles aient été depuis remises en cause. La note expertale de l'expert privé auquel il a eu recours, le docteur [R], versée à l'appui de ses dires à l'expert et dans le cadre de la présente procédure ne remet pas en cause la pertinence de ces recommandations.

S'agissant de la présence d'un diabète de type II, seul facteur de comorbidité visée par le docteur [GL] dans ses conclusions comme justifiant le recours à une chirurgie bariatrique pour un IMC inférieur à 40, il est établi. En effet, bien que le rapport d'expertise judiciaire relève que les éléments ne lui ont pas été communiqués et retienne qu'à la date de l'intervention, ce diabète de type II n'était pas objectivement établi, le docteur [SB] verse dans son dossier le courrier du docteur [D], endocrinologue, daté du 21 juin 2016 selon lequel il a rencontré la patiente pour le suivi de son diabète de type II et avis avant chirurgie bariatrique. Le docteur [D] précise que dans ses antécédants, elle présente un diabète de type II depuis août 2015 et qu'elle bénéficie d'un traitement associant plusieurs médicaments. Ce médecin relève un IMC à 34 et conclut à une balance bénéfice risque liée à la chirurgie bariatrique à bien considérer au vu de l'IMC inférieur à 35.

Concernant l'indice de masse corporelle, néanmoins, il ne peut être retenu qu'il était au moment de l'intervention chirurgicale >35. En effet, l'expert judiciaire reprend les données relevées par les différents intervenants ayant rencontré [S] [C] à compter du courrier d'adressage du médecin traitant au docteur [GL] le 18 mai 2016, et ce jusqu'au rendez-vous pré anesthésique du 16 décembre 2016. Il ressort que la taille de la patiente a été mesurée parfois à 1,54 m, parfois à 1,56 m et parfois 1,60 m. Son poids évolue entre 80,5 kg et 84 kg. Seules les mesures du docteur [GL], qui est le seul à avoir mesuré la patiente à 1,54 m, aboutissent à un IMC supérieur à 35, à savoir 35,5. Tous les autres intervenants ont retenu une taille supérieure et mesuré un IMC inférieur à 35, à savoir:
* le docteur [I] (bilan urodynamique du 24 mai 2016)
* Madame [G], diététicienne (rendez-vous des 17 juin et 25 novembre 2016)
* le docteur [D] (endocrinologue, rendez-vous du 21 juin 2016)
* le docteur [Z] (Examen pneumologique du 6 juillet 2016)
* le docteur [N] (consultation pré anesthésique du 16 décembre 2016).

D'autre part, il est constant qu'une seule réunion pluridisciplinaire a eu lieu le 8 septembre 2016, soit à moins de 4 mois du début de suivi de la patiente commencé lors du premier rendez-vous avec le docteur [GL] du 18 mai 2016. Le docteur [GL] a reconnu lors des opérations d'expertise qu'aucune autre réunion pluridisciplinaire ultérieure n'avait eu lieu postérieurement. À la question de l'expert relative aux raisons de l'absence d'endocrinologue lors de la consultation pluridisciplinaire, le docteur [GL] n'apporte aucune réponse. Cette absence de concertation est d'autant plus préjudiciable pour la patiente que dans son courrier du 21 juin 2016, le docteur [D] avait souligné le questionnement nécessaire de la balance bénéfice risque pour cette patiente.

Ainsi, il ne peut pas être considéré que la chirurgie a été décidée, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé « par décision collégiale prise après discussion et concertation disciplinaire... en deuxième intention après échec d'un traitement médical nutritionnel diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6- 12 mois. » L'expert judiciaire a relevé les différents rendez-vous de la patiente avant son opération (un rendez-vous cardiologue le 11 juillet, un rendez-vous pneumologue le 6 juillet, un rendez-vous endocrinologue le 20 juin, un rendez-vous gastro-entérologue pour fibroscopie le 27 mai, un rendez-vous psychiatrique le 6 septembre, un rv psychologique le 22 juin et un rendez-vous diététicienne 17 juin). Il en ressort que la patiente n'a pas été soumise en première intention, avant d'envisager la chirurgie bariatrique, à un traitement médical et encore moins à un suivi psychiatrique et psychologique d'au moins 6 mois.

Ainsi, ainsi il est établi que le docteur [GL], qui a dès sa première rencontre avec [S] [C] le 18 mai 2016 évoqué « une chirurgie de type by-pass » en lui remettant alors, selon le docteur [A], la liste des correspondants « pour le bilan

préopératoire », et qui est le seul praticien à avoir systématiquement mesuré la patiente a 1,54 m pour aboutir à un IMC supérieur à 35, s'est orienté vers cette chirurgie en première intention sans mettre en œuvre un suivi de 6 à 12 mois avec traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique et sans procéder « par décision collégiale prise après discussion et concertation pluridisciplinaire » à l'issue de cette nécessaire période de mise en œuvre d'autres moyens que la chirurgie.

Ce premier groupe de fautes du docteur [GL] est indiscutablement en lien avec le préjudice de [S] [C] qui résulte d'un accident médical survenu 10 jours après l'intervention du 3 janvier au cours de la prise en charge de la complication chirurgicale liée à une fistule mise en évidence par la fibroscopie du 11 janvier 2017.

Concernant la prophylaxie anti phlébite il est constant que la prescription du docteur [GL] avant la sortie de la patiente de la clinique le 6 janvier 2017 portait sur une injection quotidienne de Lovenox 0,4 pendant 10 jours alors que selon le docteur [A] les recommandations alors en cours de la société française d'anesthésie-réanimation portaient sur deux doses par jour pendant 21 jours.
Si le docteur [GL], dans ses conclusions, tout comme le médecin-conseil ayant établi un dire à expert auquel il a eu recours, le docteur [R], invoquent des pratiques variés ressortant d'une étude récente, ils n'en justifient pas.

Les recommandations de la société française des anesthésistes-réanimateurs de 2011 sont reprises par le docteur [GL] dans ses conclusions de même que dans la note experte émanant du docteur [R]. Il en ressort que, conformément à ce qu'a exposé le docteur [A], la chirurgie bariatrique est considérée comme « une chirurgie à risque thromboembolique élevé" pour laquelle il est recommandé "une thrombo-prophylaxie médicamenteuse ...par HBPM ... en deux injections sous-cutanées par jour . Il est ajouté "Par analogie avec la chirurgie digestive, nous recommandons une durée minimale de dix jours en postopératoire".

Ainsi, rien ne permet de remettre en cause ces préconisations émanant de la société professionelle considérée par l'expert judiciaire comme faisant incontestablement référence en la matière.
Force est d'ailleurs de constater que, selon l'expert judiciaire, d'après le descriptif des soins, [S] [C] a été soumise entre le 3 janvier, jour de la chirurgie, et le 5 janvier, à deux injections d'anti coagulant par jour et qu'elle n'est passée à une injection d'anti coagulant par jour que le jour de sa sortie, le 6 janvier 2017. Il est constant qu'elle n'a par la suite bénéficié que d'une injonction par jour, la prescription du docteur [GL] n'ayant jamais été modifiée par la suite, y compris par le docteur [SB] qui a fait une nouvelle prescription d'anticoagulants le 8 janvier 2017 conforme à celle du docteur [GL]. Le fait que l'expert judiciaire ait considéré que la prescription anti phlébite devait être maintenue sur 21 jours est sans effet dès lors que l'accident est intervenu 10 jours après l'opération initiale et le début du traitement anticoagulant.

Il en ressort qu'en prescrivant un traitement anti phlébite à une dose insuffisante à sa patiente à compter du jour de sa sortie de la clinique, le docteur [GL] a commis une nouvelle faute.

S'agissant du lien de causalité entre l'insuffisance de cette prescription et l'origine de l'arrêt cardiaque, il est constant que, malgré une formulation du docteur [A] qui n'est pas péremptoire, ce dernier ne retient qu'une hypothèse : la formation d'un caillot à l'origine d'une embolie cruorique ayant entraîné une dysfonction cardiaque. De manière très claire l'expert appuie son analyse sur les résultats du scanner réalisé le 17 janvier 2017, 4 jours après l'accident, permettant d'identifier un caillot de sang obturant la partie distale de l'artère pulmonaire gauche. L'expert précise que si le médecin anesthésiste-réanimateur qui a tenté la manœuvre de réanimation, le docteur [EN] a légitimement pu suspecter une compression gazeuse à la fonction cardiaque en raison du gaz insufflé pendant l'endoscopie susceptible de se propager à travers l'abdomen jusqu'au contact du cœur, cette hypothèse a été invalidée par la mise en évidence du caillot sanguin obturant l'artère pulmonaire.

Le docteur [GL] critique ce raisonnement et rappelle que quatre jours se sont écoulés entre l'accident cardiaque et la mise en évidence ce caillot par scanner. Néanmoins, le dire de son médecin-conseil ne se réfère à aucun élément médical permettant d'expliquer en quoi les conditions de mise en œuvre de la fibroscopie du 13 janvier 2017 étaient effectivement de nature à favoriser une embolie gazeuse, ni à aucun élément médical permettant de remettre en cause la présence d'un caillot de sang obturant une artère pulmonaire quatre jours avant son identification par scanner alors même que la présence de ce caillot est parfaitement cohérente, selon l'expert, avec l'accident tel qu'il s'est déroulé, ce

qui n'est pas critiqué par le médecin-conseil du docteur [GL]. Il est par ailleurs constant que cette complication phlébique, comme rappelé par les recommandations de la société française des anesthésistes réanimateurs, est une complication classique après une chirurgie bariatrique. L'hypothèse d'un caillot qui serait la conséquence de l'arrêt cardiorespiratoire et non sa cause, évoquée par le docteur [GL], n'est pas d'avntage documentée.

Par ailleurs, le rapport d'expertise du docteur [A] fait bien ressortir que le traitement anti phlébite à hauteur d'une injection par jour a bien été maintenu entre la date de l'accident, le 13 janvier, et la date du scanner, le 17 janvier 2017.

Dès lors, il doit être retenu que conformément à l'analyse de l'expert judiciaire, l'insuffisance du traitement anti coagulant prescrit par le docteur [GL] et mis en œuvre du 6 janvier, date de la sortie de la clinique, jusqu'au 13 janvier, date de l'accident cardiaque, présente bien un lien de causalité direct et certain avec les préjudices de la victime.

Enfin, s'agissant des fautes du docteur [GL] en lien avec le suivi de la patiente à compter de sa réadmission le 7 janvier relevées par l'expert, il est constant que cette dernière a été prise en charge le soir de son admission aux urgences, le 7 janvier, par le médecin urgentiste, le docteur [F], lequel a consulté le chirurgien gastrique d'astreinte, le docteur [ZU], qui a autorisé le transfert de la patiente dans son service et l'a prise en charge le dimanche 8 janvier avant de passer le relais au docteur [GL] le lundi 9 janvier 2017 à 8 heures conformément à ce que ce dernier a déclaré au cours des opérations d'expertise.

L'expert considère que la prise en charge de [S] [C] a été purement symptomatique sans rechercher davantage quelle était l'anomalie qui causait l'évolution défavorable postopératoire et que cette prise en charge n'avait été pas diligentée attentivement pour comprendre l'évolution et la traiter de manière la plus optimale le plus rapidement possible.

Néanmoins, les éléments du rapport d'expertise ne permettent pas de retenir une faute spécifique du docteur [GL] à ce stade concernant la programmation de la fibroscopie réalisée par le docteur [E] le 11 janvier, l'absence de commande du matériel permettant la pose d'un drain lors de cette opération alors qu'une fistule pouvait être suspectée ou l'absence d'antibiothérapie avant la mise en évidence de la complication liée à la fistule le 11 janvier au cours de la fibroscopie.

En conséquence, il doit être retenu que l'ensemble des fautes caractérisées à l'encontre du docteur [GL] au stade de l'indication thérapeutique injustifiée et prématurée ainsi qu'au niveau de l'insuffisante prophylaxie anti phlébite administrée et prescrite à la patiente à compter du jour de sa sortie sont à l'origine de l'accident cardiaque subi par cette dernière le 13 janvier 2017.

Dès lors, il convient de condamner le docteur [GL] à réparer l'intégralité des préjudices de [S] [C] et de ses proches.

Sur la responsabilité médicale du docteur [F]

Les requérants soutiennent, de même que la CPAM que le rapport d'expertise de docteur [A] caractérise une faute du docteur [F] lors de sa prise en charge de la patiente aux urgences le 7 janvier 2017, la prescription de scanner étant inadaptée au regard des symptômes présentés par cette dernière et notamment de sa température anormale pouvant laisser suspecter une complication opératoire. Ils considèrent que ce dernier a commis plusieurs fautes liées à l'absence de traitement antibiothérapeutique, l'absence de réalisation d'examens d'imagerie permettant de constater la complication chirurgicale ainsi que l'absence de rectification du traitement anti phlébite.

Le docteur [F] rappelle que le soir de l'admission de la patiente aux urgences, il a prescrit un bilan biologique ainsi qu'une radio thoracique, un ASP, une deuxième ECG et un scanner thoraco abdominopelvien. Il relève qu'elle ne présentait pas de température anormale et que rien ne justifiait à ce stade une antibiothérapie. Il ajoute que la prescription du scanner était aussi destinée à rechercher des traces de complication de la chirurgie et que rien ne permettait de suspecter, à ce stade, une fistule au vu des résultats du scanner. Il ajoute qu'il ne lui appartenait pas de revoir la prescription d'anti coagulants d'autant qu'à ce stade, les origines de la complication étaient indéterminées et qu'une nouvelle chirurgie présentant des risques hémorragiques était possible.

Le docteur [F] affirme qu'en tout état de cause, les fautes retenues à son encontre par l'expert ne présentent aucun lien de causalité avec l'accident cardiaque de la patiente.

Le rapport d'expertise judiciaire indique, en réponse directe à un dire de l'avocat des requérants, que les préjudices présentés par [S] [C] sont bien la conséquence exclusive de l'accident cardiaque.

Sur l'origine de cet accident cardiaque, l'expert expose clairement, malgré des formulations nuancées, qu'il a pour origine une embolie pulmonaire cruorique c'est-à-dire provoquée par le caillot de sang obturant la partie distale de l'artère pulmonaire gauche retrouvée au scanner du 17 janvier 2017. L'expert considère que la recherche des causes des symptômes de [S] [C] à compter de sa réadmission le 7 janvier 2017 a été insuffisante, notamment concernant la prescription d'un scanner par le médecin urgentiste, le docteur [F], cette prescription étant selon lui faite principalement aux fins de rechercher une dissection aortique sans utilisation de la méthode nécessaire pour explorer une éventuelle complication au niveau du site opératoire. L'expert considère également comme fautif l'absence de prescription d'antibiotiques alors que la patiente avait présenté une température supérieure à 38 et qu'une complication à type de fistule était à suspecter.

Selon l'expert, « l'existence d'une fistule de la suture digestive entraînant un phénomène infectieux local au minimum sans administration d'antibiotiques pour contrôler ce phénomène infectieux est également un phénomène qui a pu favoriser la formation d'une thrombose cruorique ». Cette seule affirmation n'est toutefois ni suffisamment affirmative, ni suffisamment documentée, pour que puisse être retenu un lien de causalité entre les éventuelles fautes du docteur [F], prenant en charge la patiente au stade de son admission aux urgences, et l'accident cardiaque présenté dans le cadre d'une embolie pulmonaire cruorique.

La seule faute du docteur [F] évoquée par le docteur [A] directement en lien avec le caillot sanguin retrouvé chez la patiente a posteriori, à savoir une absence de modification de la prescription anti phlébique, ne saurait être retenue à son encontre alors qu'il est établi que le docteur [F] s'est concerté le soir même de cette réadmission avec le docteur [SB], chirurgien gastrique d'astreinte, lequel a accepté le retour de la patiente dans son service, ce qui supposait une prise en charge de la patiente par le service spécialisé au sein duquel elle avait été opérée.

Dans ces circonstances, aucune faute du docteur [F] présentant un lien de causalité direct et certain avec l'accident cardiaque de [S] [C] ne saurait être retenue.

Les demandes à son encontre seront rejetées.

Sur la responsabilité médicale du docteur [SB]

Les requérants se réfèrent aux conclusions du rapport d'expertise judiciaire et soulignent que selon le docteur [A], il n'existe pas de traçabilité de l'examen médical pratiqué par le docteur [SB] ni de traçabilité de concertation médicale entre médecin urgentiste et chirurgien d'astreinte de sorte qu'il ne peut en être retenu que la prise en charge s'est déroulée de manière conforme à la charte de fonctionnement des urgences. Ils soulignent que selon l'expert, la responsabilité de cette prise en charge défectueuse doit sans nul doute être mise à la charge conjointe de la clinique, du médecin urgentiste, du docteur [SB] et du docteur [GL].

À titre principal, le docteur [SB] conclut à l'absence de lien de causalité entre le défaut de prise en charge qui lui est reproché et la survenue de la complication, les causes de l'arrêt cardiorespiratoire survenu le 13 janvier 2017 étant incertaines. Il soutient que l'expert judiciaire compétent en chirurgie gastrique n'est pas compétent pour se prononcer sur ce point. En tout état de cause, il conteste que sa nouvelle prescription d'anticoagulants lors de l'hospitalisation du 8 janvier 2017 ait été contraire aux données acquises de la science. À cet égard, il invoque les propositions du groupe d'intérêts en hémostase périopératoire de 2018 selon lesquelles ce n'est qu'en cas d'IMC >40 que les doses d'anticoagulants doivent être majorées dans les suites d'une chirurgie bariatrique. En tout état de cause, le docteur [SB] conteste que le caillot apparaissant sur le scanner du 17 janvier était nécessairement présent le jour de l'accident le 13 janvier alors que la patiente n'a plus bénéficié des injonctions nécessaires d'anticoagulants après son accident.

D'autre part, le docteur [SB] conteste l'absence de prescription d'un scanner complémentaire au vu des signes présentés par la patiente. Il rappelle que dès qu'il a passé le relais au docteur [GL] le lundi 9 janvier au matin, la fibroscopie de contrôle a été programmée.

Comme indiqué ci-avant, la participation du phénomène infectieux généré par la fistule dans l'apparition d'un caillot venu obstruer l'artère pulmonaire n'est pas établie de manière certaine. Les fautes retenues par le docteur [A] en lien avec le défaut de moyens mis en œuvre pour identifier l'origine de la complication dont a souffert par [S] [C], laquelle n'a été révélée qu'au cours de la fibroscopie du 11 janvier faisant apparaître la fistule ne peuvent donc pas être retenues à l'encontre du docteur [SB] comme étant à l'origine des préjudices de [S] [C].

En revanche, il est constant que le docteur [SB] a fait le lundi 8 janvier 2017 une nouvelle prescription d'anti coagulants à la patiente ré admise dans le service où elle avait été opérée, et qu'il a à nouveau prescrit à cette dernière une seule dose quotidienne d'anticoagulants sous forme de Lovénox. Cette prescription n'est pas contestée. Les propositions du groupe d'intérêts hémostase périopératoire auquel se réfère le docteur [SB], si elles datent de 2018, n'en sont pas moins pertinentes si la science avait révélé postérieurement à l'accident le caractère suffisant d'une telle prescription. Néanmoins, ces recommandations, si elles évoquent les risques hémorragiques d'une double dose, ne concluent pas clairement à l'administration d'une dose unique journalière mais indiquent simplement qu'une seule dose est « envisageable ». Aucune autre donnée médicale ne tend à établir que la bonne pratique concernant ces prescriptions d'anticoagulants après une chirurgie bariatrique a évolué pour privilégier, dans les cas d'IMC inférieur a 40, une dose quotidienne unique.

Dès lors, le maintien d'une prescription unique d'anticoagulants par le docteur [SB] lors de la réadmission de la patiente dans son service doit être considéré comme fautif.

Néanmoins, ce renouvellement de la prescription du docteur [GL] le dimanche 8 janvier alors que ce dernier, comme il l'a reconnu au cours des opérations d'expertise, a repris en charge la patiente qu'il avait opérée dès le lundi 9 janvier au matin, ne peut être considéré comme ayant un rôle causal avec l'accident embolique suffisant pour retenir la responsabilité du docteur [SB]. En effet, il est constant que l'insuffisance de produits anticoagulants administrés à [S] [C] a duré du 6 janvier au 13 janvier, date de l'accident, de sorte que les 24 heures maximum où la patiente était sous la responsabilité du docteur [SB] ne peuvent être considérées comme ayant participé de manière certaine à la thrombose à l'origine de l'accident.

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de retenir la responsabilité du docteur [SB].

Sur la responsabilité médicale du docteur [E]

Les requérants se réfèrent aux conclusions du rapport d'expertise du docteur [A] selon lesquelles la fibroscopie réalisée par le docteur [E] le 11 janvier 2017 n'a pas donné lieu à un geste opératoire alors que la pose d'un drain pour remédier à la fistule qui est apparue lors de cet examen pouvait être réalisée immédiatement, ce qui aurait permis d'éviter la réalisation d'une nouvelle endoscopie à nouveau sous anesthésie générale le 13 janvier 2017. Ils ajoutent que selon l'expert, les documents médicaux transmis ne permettent pas de justifier d'une absence de matériel au bloc opératoire, le bon de commande du matériel nécessaire datant du 10 janvier soit antérieurement au geste du 11 janvier. Les requérants estiment que si le geste complémentaire avait été effectué le 11 janvier il n'aurait pas nécessité une seconde intervention le 13 janvier de sorte que la complication médicale n'aurait pas eu lieu ce jour-là.

Le docteur [E] conteste toute faute, considérant que l'expert a validé l'indication de pose d'un drain qu'il a posée suite à l'examen du 11 janvier 2017. Il conteste l'appréciation purement personnelle de l'expert, non documentée selon lui, selon laquelle la pose d'un drain devait être faite dans le même temps opératoire que celui du diagnostic de la fistule. Il soutient que l'absence du matériel nécessaire à la pose d'un drain le jour de l'intervention est établie par les pièces produites et qu'il n'en est nullement responsable. Concernant l'absence d'antibiothérapie suite à la mise en évidence de la fistule au cours de la fibroscopie, le docteur [E] soutient que c'est au médecin qui assurait le suivi de la patiente, le

docteur [GL], qu'il appartenait d'y procéder.

La participation à l'embolie pulmonaire du phénomène infectieux lié à la fistule ne peut être retenue, pour les raisons ci-avant exposées, comme certaine. Dans ces circonstances, les fautes retenues par l'expert à l'encontre du docteur [E] à savoir l'absence de mise en place immédiate de drain ainsi que l'absence d'antibiothérapie pour éviter la formation de l'abcès ne peuvent être considérées comme ayant un lien de causalité certain avec l'arrêt cardiaque dont a été victime [S] [C].

Dans ces circonstances, aucune faute en lien de causalité avec les préjudices de [S] [C] ne peut être retenue à l'encontre du docteur [E].

Sur la responsabilité médicale de la polyclinique

La POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE conclut à l'absence de toute faute de sa part, chacun des praticiens à l'encontre desquels il retient des fautes exerçant au sein de la polyclinique à titre libéral. Elle souligne que le rapport d'expertise judiciaire ne retient explicitement aucune faute précise à son encontre. Elle conteste en tout état de cause l'existence d'un lien de causalité entre les éventuelles manquements liés à l'absence de concertation entre praticiens lors de la réadmission de la patiente aux urgences le 7 janvier 2017 et le préjudice subi.

Le rapport d'expertise judiciaire ne mentionne dans ses conclusions pas de manquement explicite de la clinique à ses obligations. L'absence de traçabilité d'un examen médical pratiqué par le docteur [SB] dès l'admission de [S] [C] 7 janvier 2017 que l'expert relève sans isoler de conséquences particulières ne peut être mise à la charge de la clinique alors qu'aucune obligation spécifique de conservation et de transmission de l'information n'est établie et alors que la concertation des praticiens intervenus qui exercent tous à titre libéral n'apparaît pas comme étant de la responsabilité de la clinique.

Les seuls éléments en lien de causalité avec l'accident cardiaque dont a souffert [S] [C] sont le caractère injustifié de la chirurgie bariatrique réalisée ainsi que l'insuffisance de la prescription des anticoagulants à compter du 6 janvier 2017, soit sept jours avant la complication embolique. Aucune faute de la clinique en lien avec ces éléments n'est caractérisée par le rapport d'expertise.

Dans ces circonstances il n'y a pas lieu de retenir la responsabilité de la clinique.

Sur les demandes formées à l'encontre de l'ONIAM et la demande de remboursement de la provision formée à titre reconventionnel

Les requérants ne forment de demandes à l'encontre de l'ONIAM qu'à titre subsidiaire, à défaut de condamnation des médecins et de la clinique. Le devoir d'indemnisation de l'ONIAM n'est en effet prévu par l'article L 1142-1 du code de la santé publique qu'en l'absence de responsabilité d'un professionnel de santé.

Il n'y a donc pas lieu de statuer sur les demandes subsidiaires formées à l'encontre de l'ONIAM.

S'agissant des demandes reconventionnelles de l'ONIAM, il convient de condamner le Docteur [GL], conformément à sa demande, à lui rembourser la somme de 700 000 € au titre de la provision à laquelle ONIAM a été econdamnée par ordonnance du juge de la mise en état du 23 novembre 2022, l'ONIAM bénéficiant comme tout payeur du recours subrogatoire général prévu par le code civil.

En revanche, il n'y pas lieu d'accueillir sa demande concernant les 2000 € auxquels l'ONIAM a été condamné dans cette décision au titre de l'article 700 du code de procédure civile, cette somme ne constituant pas une créance de la requérante mais n'étant due à titre accesoire qu'au regard des frais de la procédure.

Il convient en revanche d'en tenir compte sur les sommes allouées à l'ONIAM au titre de l'article 700 du code de procédure civile dans le cadre de la présente procédure.

Sur la liquidation du préjudice de [S] [C]

Le docteur [GL] n'a formulé aucune observation sur les demandes de Mme [C], même à titre subsidiaire.

Le rapport du docteur [A] indique que [S] [C], exerçant la profession d'esthéticienne à domicile et aide à la personne au moment de l'accident, a présenté suite aux faits
- Déficit fonctionnel temporaire total :
* Du 2.01.2017 au 28.02.2017,
* Du 1.03.2017 au 17.05.2017,
* Du 18.05.2017 au 7.08.2017,
* Du 8.08.2017 au 28.08.2017,
* Du 29.08.2017 au 4.09.2017,
* Les 5.09.2017 et 6.09.2017,
* Du 7.09.2017 au 18.09.2017,
* Du 19.09.2017 au 18.06.2018,
* Du 1.08.2018 au 6.05.2019 : cinq jours par semaine,
* Les lundis, mercredi et jeudi de mai 2019 à mars 2020.
- Déficit fonctionnel partiel : 98 % du 1.08.2018 à mars 2020 (hors hospitalisations).
- Préjudice esthétique temporaire : 6,5/7 du 13.01.2017 au 17.05.2017.
- Souffrances endurées : 6,5/7.
- Consolidation : le 1.03.2020.
- Déficit fonctionnel permanent partiel : 95%.
- Préjudice esthétique définitif : 5,5/7.
- Incidence professionnelle : « L'état de santé de Madame [C] est incompatible avec toute activité professionnelle ».
- Assistance par tierce personne : « Madame [C] est dépendante 24h/24 pour les actes de vie. Elle nécessite une aide permanente. Monsieur [B] [W] est actuellement l'aidant unique mais compte-tenu de la lourdeur de l'assistance nécessaire, la présence 24h/24 de la même personne ne suffit pas à couvrir les nécessités de la prise en charge en permettant par ailleurs le repos nécessaire de l'aidant ».
- Préjudice sexuel : total.
- Préjudice d'établissement.
- Soins futurs.
- Logement et véhicule adaptés : « L'état de santé de Madame [C] qui nécessite une aide physique et mécanique permanente 24h/24 pour pouvoir être mobilisée, soignée, déplacée, nécessite d'une part que son domicile de location non destiné à recevoir des personnes à mobilité réduite fasse l'objet d'une évaluation et d'aménagements pour permettre le maintien à domicile.
- L'état de santé de Madame [C] nécessite, pour pouvoir se déplacer en dehors et avec son ou ses aidants, un véhicule adapté précisément à son état de santé. L'usage actuel du véhicule personnel de Monsieur [B] [W] n'est pas adapté et ne permet pas que soient réunies les meilleures conditions de sécurité pour le transport de Madame [C] ».

Le bilan situationnel de l'ergothérapeute décrit le quotidien de [S] [C] et fait apparaître que si cette dernière ne peut s'exprimer avec des mots, elle suit du regard son interlocuteur et que ses proches arrivent à percevoir dans ses réactions certains de ses besoins ou ses réponses.

Au vu de ce rapport, le préjudice corporel de [S] [C] représentée par son tuteur [V] [B] [W] sera évalué ainsi qu'il suit, étant observé qu'en application de l'article 25 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, le recours subrogatoire des tiers payeurs s'exerce poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'ils ont pris en charge.

I - Préjudices patrimoniaux :

A - Préjudices patrimoniaux temporaires :

Dépenses de santé actuelles (DSA) :

Ces dépenses correspondent aux frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation pris en charge par les organismes sociaux ou restés à la charge effective de la victime.

Ils'évince du relevé de débours de la CPAM que cette dernière a exposé entre le 7/01/2017 et le 1/03/2020 pour le compte de [S] [C] un total de 449 751.25€ (frais hospitaliers, frais médicaux, frais d'appareillage, frais de transport et frais pharmaceutiques) qu'il y a lieu de retenir

Le tuteur de [S] [C] sollicite au titre des dépenses restées à charge avant consolidation une somme totale de 36 509,34 €.

Le docteur [GL] n'a formulé aucune observation sur les demandes de Mme [C], même à titre subsidiaire.

Au vu des justificatifs produits et du récapitulatif des sommes prises en charges par la caisse de sécurité sociale, il convient de retenir comme restant à charge de Mme [C] les sommes suivantes :
- 286,10 € (1 145,90 - 859,80) au titre du fauteuil roulant manuel pliant à domicile avec coussin anti escarre, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 25 191,04 € (31 092,78 - 5 901,74) au titre du fauteuil roulant électrique à verticalisation, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 3 387,38 € (3 490 - 102,62) au titre du fauteuil de douche, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 1 864,60 € (3 287,26 - 1 422,66) au titre du lit médicalisé avec matelas anti escarres, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 109 € au titre de la table de lit, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 421 € au titre du kit d'appui thoracique au lit, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 1 664,72 € au titre du kit rampe roll up, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 3 450,50 € au titre du fauteuil de plage type hippocampe, la pièce produite mentionnant une absence de participation de mutuelle
- 135 € de franchise (mentionnées sur le décompte de la Cpam).

En effet, si les devis présentés sont tous postérieurs à la consolidation, ces demandes ne peuvent être rattachées aux dépenses de santé futures alors que le bilan de l'ergothérapeute réalisé au mois d'avril 2021 fait apparaître qu'il avait déjà été acheté la plupart de ces équipements et que le besoin de tels équipements est établi avant la consolidation. Par ailleurs, le renouvellement de ces dépenses n'est demandé au titre des dépenses futures qu'en tenant compte d'une acquisition initiale en 2022.

Total reste à charge : 36 509,34 €.

Dès lors, ce poste de préjudice sera fixé à la somme totale de 486 260,59 €.

2 - Frais divers (F.D.) :

Honoraires du médecin conseil.

Les honoraires du médecin conseil de la victime sont une conséquence de l'accident. La victime a droit au cours de l'expertise à l'assistance d'un médecin dont les honoraires doivent être intégralement remboursés sur production de la note d'honoraires, sauf abus.

Le docteur [GL] n'a formulé aucune observation sur les demandes de Mme [C], même à titre subsidiaire

Au vu des factures produites émanant tant du médecin-conseil que de l'ergothérapeute, Madame [T], qui sont bien au nom de Mme [C], ce poste de préjudice sera réparé à hauteur de la somme de 6 305,08 € (375 + 1 932 + 2 760 + 1 238,08).

Assistance temporaire d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante.

Il s'agit du préjudice lié à la nécessité, pour la victime, du fait de son handicap, d'être assistée par une tierce personne, spécialisée (infirmière, kinésithérapeute...) ou non s'agissant notamment du ménage, des actes de la vie courante, d'une incitation ou simple surveillance nocturne...
Il est constant que ces frais sont fixés en fonction des besoins de la victime et du rapport d'expertise et que l'indemnisation de ce poste de préjudice n'est pas subordonnée à la production de justificatifs et n'est pas réduite en cas d'assistance bénévole par un membre de la famille. Il convient en outre de rappeler que la tierce personne s'entend de l'aide pour tous les actes essentiels de la vie courante.

Il sera retenu pour cette période passée un taux horaire de 20 €, taux permettant de couvrir tant les heures de jour que les heures de nuit, étant précisé que [V] [B] [W], seul aidant familiales de Mme [C], a arrêté de travailler depuis le retour de son épouse au domicile et qu'il dort dans la même pièce qu'elle sur un matelas au pied du lit médicalisé.

Concernant le nombre d'heures, l'expert a retenu des besoins en assistance tierce personne 24H/24, précisant que [V] [B] [W] est actuellement l'aidant unique de Mme [C] mais que "compte tenu de la lourdeur de l'assistance nécessaire, la présence 24 heures sur 24 de la même personne ne suffit pas à la prise en charge en ne permettant pas de repos nécessaire de l'aidant". Le bilan ergo thérapeutique de Madame [T] précise que pour les aides humaines, Mme [C] a besoin d'aide 24 heures sur 24 pour la toilette, l'habillage, les repas, les déplacements, le change, les nuits, les courses, le ménage et l'entretien du logement ainsi que pour l'administratif. Il est précisé qu'est nécessaire une double présence pour la toilette la douche et l'habillage 30 min par jour ainsi qu'une heure par jour pour l'accompagnement scolaire et une heure par semaine pour les courses.

Il est constant que sans l'accident, Mme [C] aurait dû s'occuper de ses enfants et qu'elle doit être substituée en raison de ses séquelles. Dans ces circonstances, au vu de l'ensemble des besoins répertoriés par l'ergothérapeute, il convient de fixer le besoin en aide humaine sur une base de 27,5 heures par jour.

Dès lors, ce poste de préjudice sera fixé sur la base de :
- 40 654.28 € (279 / 7 × 2 × 25,5 × 20) correspondant à la période du 1er août 2018 au 6 mai 2019 où elle revenait au domicile deux jours par semaine
- 86 845.71 (298 / 7 × 4 × 25,5 × 20) correspondant à la période du 16 mai 2019 au 28 février 2020 où elle revenait au domicile quatre jours par semaine
Total : 127 500 €.

Sur cette somme s'impute la majoration tierce personne versée par la CPAM entre le 1er mai 2018 et le 29 février 2020 pour un total de 24 645,50 €.

Solde victime : 102 854,50 €

Perte de gains professionnels actuels (P.G.P.A.) :

Elles concernent le préjudice économique de la victime imputable au fait dommageable, pendant la durée de son incapacité temporaire.

Il est justifié des revenus antérieurs de Mme [C] qui peuvent être retenus, comme demandé, à hauteur de 8 500 € annuels (total des salaires et assimilé 2015 : 8450 € ; total des salaires et assimilé 2016 : 8 557 €).

Néanmoins, s"il faut tenir compte de l'érosion monétaire, le principe de réparation intégrale du préjudice impliquant de compenser l'inflation lorsque la victime n'est indemnisée qu'avec retard par rapport au moment où elle souffre du préjudice, l'actualisation de la somme due doit être faite après déduction des indemnités journalières versées au fur et à

mesure.

Sur la base d'une perte annuelle de 8500 € le préjudice pour les 1144 jours écoulés du 13 janvier 2017 au 1er mars 2020 est de 26 641 € (8 500 €/365 x 1 144).

Conformément à la demande, il convient d'imputer sur cette somme la créance de la caisse correspondant aux indemnités journalières versées entre le 2 janvier et le 31 décembre 2007 ainsi que la pension d'invalidité versée entre le 1er janvier 2018 et le 29 février 2020 pour un total de 25 604,99 euros. La perte de Mme [C] représente en conséquence 1036 €, soit après actualisation pour tenir compte de l'inflation entre 2017 et 2023, une somme de 1 202,60 €.

B **-** Les préjudices patrimoniaux permanents :

Dépenses de santé futures (DSF) :

La CPAM de la Gironde a chiffré, au regard des conclusions du rapport d'expertise judiciaire et de l'attestation d'imputabilité de son médecin conseil, le total des dépenses postérieures la consolidation en lien avec le suivi médical, la kinésithérapie, les soins infirmiers, les frais de pharmacie, de pansements, et de biologie ainsi qu'avec les dispositifs médicaux (lit médical, matelas anti escarre...)

Il en ressort que les frais exposés au 31 décembre 2022 représentent un total de 121 734,96 € et que les frais à échoir à compter du 1er janvier 2023 représentent une somme annuelle de 63 604,51 €, soit une somme mensuelle de 5 300,38 €.

Si la capitalisation des rentes dues à la victime pour la réparation de ses préjudices patrimoniaux permet de simplifier l'exécution de la décision, en revanche elle repose sur des aléas importants, liés à l'espérance de vie et à l'environnement économique et financier, aléas dont les conséquences sont d'autant plus importantes que les sommes concernées sont importantes. Dès lors, pour tous les postes de préjudices patrimoniaux donnant lieu au versement des sommes annuelles importantes, il convient de privilégier le principe de la rente et de ne capitaliser que les sommes dont le montant n'est pas trop élevé.

Il convient donc de fixer ce poste de préjudice en capital pour la période échue au 1er mars 2024 puis, sous forme de rente, et ce tant pour Mme [C] que pour la CPAM de la Gironde, d'autant que le seul défendeur condamné, le docteur [GL], n'a pas fait connaître sa position sur le versement des sommes exposées par la sécurité sociale sous forme de capital.

La créance de la CPAM de la Gironde représente donc, au 1er mars 2024 :
195 940,22 € pour la période échue du 1er mars 2020 au 1er mars 2024 (121 734,96 + 63 604,51 × 14/12)
une rente mensuelle de 5 300,38 € (correspondant à 63 604,51 € par an).

Pour les dépenses restées à la charge de Mme [C], elles seront fixées également sous forme de rente, les équipements au titre desquelles elle sollicite une indemnité étant tous à renouveler au bout de 3,5, 7 ou 10 ans avec un premier achat en janvier 2022 d'ores et déjà pris en charge au titre des dépenses de santé actuelles. Certains équipements seront donc à renouveler à compter du 1er janvier 2025, d'autres à compter du 1er janvier 2027, d'autres à compter du 1er janvier 2029 et d'autres à compter du 1er janvier 2032 conformément au tableau ci-après. Les équipements retenus correspondent aux équipements dont le bilan d'ergothérapeute fait apparaitre qu'ils sont soit d'ores et déjà acquis, soit nécessaires pour l'avenir selon une périodicité fixée par l'ergothérapeute.

Matériels
Coût initial restant à charge (retenu au titre des DSA)
périodic. renouvell. en années
annuité à charge à compter du 1/01/2025 (3 ans)
annuité à charge à compter du 1/01/2027 (5 ans)
annuité à charge à compter du 1/01/2029 (7 ans)

annuité à charge à compter du 1/01/2032 (10 ans)
fauteuil roulant manuel pliant à domicile avec coussin
286,10 €
5

57,220
57,220
57,22 €
fauteuil roulant électrique à verticalisation
25 191,04 €
7

3598,720
3 598,72 €
fauteuil de douche
3 387,38 €
3
1 129,13 €
1129,127
1129,127
1 129,13 €
lit médicalisé avec matelas anti escarres
1 864,60 €
10

186,46 €
table de lit
109,00 €
3
36,33 €
36,333
36,333
36,33 €
fauteuil de plage type hippocampe
3 450,50 €
10

345,05 €
TOTAL

1 165,46 €
1 222,68 €
4821,400
5 352,91 €

Perte de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)

Les requérants sollicitent que la perte de professionnels futurs de Mme [C] soit calculée sur la base d'une capitalisation jusqu'à l'âge de 65 ans de la somme actualisée de ses revenus calculée à 1022 euros.

Il est justifié des revenus antérieurs de 8500 € par an. Sur la base d'un indice de 100,41 en janvier 2017 et de 117,5 en décembre 2023, cette somme actualisée correspond à 9946,72 € annuels.

Si la capitalisation des rentes dues à la victime pour la réparation de ses préjudices patrimoniaux permet de simplifier l'exécution de la décision, en revanche elle repose sur des aléas importants, liés à l'espérance de vie et à l'environnement économique et financier, aléas dont les conséquences sont d'autant plus importantes que les sommes concernées sont importantes. Dès lors, pour tous les postes
de préjudices patrimoniaux donnant lieu au versement des sommes annuelles importantes, il convient de privilégier le principe de la rente et de ne capitaliser que les sommes dont le montant n'est pas trop élevé.

Il convient en conséquence de fixer ce poste de préjudice à 34 000 € (8 500 × 4) pour la période échue du 1er mars 2020 au 1er mars 2024. Sur cette somme s'impute le capital de la pension d'invalidité versée à hauteur de 19 471,35 € entre le 1er mars 2020 et le 31 décembre 2022 +
8 393,51 € correspondant à la pension d'invalidité due pour la période du 1er janvier 2023 au 29 février 2024 (1,16 × 7 114,44), soit une somme de 27 864,86 €.
Solde capital victime : 6 135,14 € (34 000 - 27 864,86).

Pour l'avenir, la perte de gains professionnels annuelle de Mme [C] représente 9 946,72 € sur laquelle s'impute la pension d'invalidité versée par la CPAM de la Gironde à hauteur de 7 194,44 euros par an, soit un solde annuel pour Mme [C] de 2 752,28 €.

La créance de Mme [C] au titre de ce poste de préjudice sera fixée, pour les motifs ci-avant exposés, également sous forme de rente et non de capital.

Pour que l'indemnisation ne se réduise pas au cours du temps en raison de l'érosion monétaire, les sommes à échoir seront révisables chaque année selon les coefficients de revalorisation prévus à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

Incidence professionnelle (I.P)

Elle correspond aux séquelles qui limitent les possibilités professionnelles ou rendent l'activité professionnelle antérieure plus fatiguante ou pénible traduisant une dévalorisation sur le marché du travail. Pour les victimes définitivement privées de la faculté de travailler, elle correspond aux conséquences de la privation définitive d'accès au marché du travail et aux statut social lié à l'emploi.
Il est sollicité une somme de 100 000 € à ce titre. Au vu de l'âge de Mme [C] au moment de la consolidation, la privation définitive de tout accès à l'emploi pour cette dernière qui cumulait une activité d'esthéticienne à domicile et d'aide à la personne justifie de fixer ce poste de préjudice à la somme de 40 000 €.

Pour rappel, la créance de la caisse de sécurité sociale au titre de la pension d'invalidité s'impute intégralement sur la perte de gains professionnels futurs.

Assistance par tierce-personne (ATP) :

Ces dépenses sont liées à l'assistance permanente d'une tierce personne pour aider la victime handicapée à effectuer les démarches et plus généralement les actes de la vie quotidienne.

Le besoin en aide humaine a été fixé par l'expert judiciaire à 24 heures par jour tant pour la période échue que pour la période à échoir. Pour les mêmes raisons que celles retenues au titre de l'aide tierce personne antérieure à la consolidation, il convient de retenir un besoin en aide humaine à hauteur d'un total de 25,5 heures par jour.

S'agissant du taux horaire, il convient de le revaloriser à 21€ de l'heure pour la période future où il pourra être recouru à des professionnels. Il convient en conséquence de fixer ce poste de préjudice à la somme de :
- 745 110 € (1461 jours x 25,5 x 20 €) pour la période échue du 1er mars 2020 au 1er mars 2024
- Une rente mensuelle de 16 332,75x€ (25,5 H x 21 € x 30,5 jours).

En effet, le principe de réparation intégrale du préjudice sans perte ni profit pour la victime rend nécessaire une réparation, pour les sommes dues importantes, sous forme de rente viagère, ce qui permet un versement au fur et à mesure des besoins de la victime et une adaptation du montant au coût de la vie sans projection du coût de la vie sur plusieurs décennies.

En revanche, le taux horaire étant fixé en considération du besoin de recourir à des professionnels pratiquant des tarifs incluant les congés payés, il n'y a pas lieu d'ajouter des jours pour compenser les congés payés comme en cas de recours direct à un salarié.

Lax majorationx tierce personne versée par la CPAM de la Gironde postérieurement à la consolidation s'impute sur ces sommes, en capital pour la période échue (55 433,69 €) et, pour les mêmes raisons que ci avant rappelées, sous forme de rente pour la période à échoir (rente mensuelle de 1 192,56 €).

Le solde revenant à Mme [C] correspond en conséquence à :
- 689 676,31€ pour la période échue du 1er mars 2020 au 1er mars 2024 (745 110- 38 737,88-
16 695,81 € versés entre le 1er janvier 2023 et le 29 février 2024)
-15 138,19 € de rente mensuelle pour la période à échoir (16 330,75 - 14 310,70/12).

Les frais de logement adapté

Le rapport d'expertise judiciaire du docteur [A] indique que le domicile de location de Mme [C], non destiné à recevoir des personnes à mobilité réduite, doit faire l'objet d'une évaluation et d'un aménagement pour permettre le maintien à domicile.

Les requérants indiquent que l'aménagement du domicile doit être mis en suspens en attendant l'acquisition d'un logement qui soit adapté au handicap de Mme [C], acquisition en cours.

Il convient donc de réserver ce poste de préjudice.

Les frais de véhicule adapté

Le rapport d'expertise judiciaire du docteur [A] indique que l'état de santé de Mme [C] nécessite pour pouvoir se déplacer en dehors de son domicile un véhicule adapté, son véhicule actuel ne permettant pas les meilleures conditions de sécurité pour son transport.

Il convient donc de réserver également ce préjudice.

II - Préjudices extra-patrimoniaux :

A - Préjudices extra-patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

Déficit fonctionnel temporaire (DFT) :

Ce poste de préjudice indemnise l'aspect non économique de l'incapacité temporaire, c'est-à-dire l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que subit la victime jusqu'à sa consolidation. Ce préjudice correspond à la gêne dans tous les actes de la vie courante que rencontre la victime pendant sa maladie traumatique et à la privation temporaire de sa qualité de vie.
Calculée sur la base de 27 € par jour pour une DFT à 100%, il doit être arréte au regard des conclusions de l'expert à :

- 22 950 € correspondant au déficit fonctionnel temporaire total (100%) d'une durée totale de 850 jours (522 jours du 13 janvier 2017 au 28 février 2020, 200 jours correspondant à cinq jours par semaine du 1er août 2018 au 6 mai 2019 et 128 jours correspondants à trois jours par semaine du 7 mai 2019 au 28 février 2020)
- 6 588,54 € pour le déficit fonctionnel temporaire partiel à hauteur de 98 % d'une durée totale de 249 jours correspondant à la période du 1er août 2018 au 28 février 2020 hors jours d'hospitalisation (577 - 200 - 128)

soit un total de 29 538,54 €.

Souffrances endurées (SE) :

Elles sont caractérisées par les souffrances tant physiques que morales endurées par la victime du fait des atteintes à son intégrité, sa dignité, des traitements subis.

Le rapport d'expertise du docteur [A] retient des souffrances endurées évaluées à 6,5/7.

Les requérants sollicitent une somme de 70 000 € à ce titre.

Il convient de fixer l'indemnité à ce titre à 40 000 €.

Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

L'expert a retenu une préjudice esthétique temporaire de 6.5/7. Les requérants sollicitent à ce titre une somme de 20 000 €.

Il est constant que depuis son accident cardiovasculaire du 13 janvier 2017, Mme [C] est constamment soit alitée, soit en fauteuil roulant, sans possibilité d'interagir visiblement avec son environnement et qu'elle souffre d'un mauvais port de tête et d'une incontinence totale.

Pour la période passée, il convient de fixer ce préjudice à la somme de 10 000 €.

B - Préjudices extra-patrimoniaux permanents (après consolidation) :

Le déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)

Ce préjudice a pour composante les atteintes aux fonctions physiologiques de la victime, les douleurs qui persistent depuis la consolidation, la perte de la qualité de la vie et les troubles définitifs apportés à ces conditions d'existence. Plus précisément, il s'agit du préjudice non économique lié à la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement constatable, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques normalement liées à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours.

L'expert a retenu un déficit fonctionnel permanent de 95% pour les raisons ci avant rappelées.

Les requérants sollicitent une réparation de ce poste de préjudice sur la base d'un point de déficit fonctionnel permanent de 5 545 € vu l'âge de Mme [C] à la consolidation. Ils sollicitent une somme additionelle de 100 000 € pour la perte de qualité de vie exceptionnelle. Ils rappellent que la communication de Mme [C] est limitée à quelques mouvements de tête sur questionnement. Ils ajoutent qu'elle a conscience de sa situation mais ne peut plus réellement échanger avec ses proches.

La réparation de ce préjudice est habituellement fixée sur la base d'une valeur du point d'autant plus élevée que le préjudice est lourd et que la personne est jeune à la consolidation, méthode qui permet de tenir compte de la lourdeur du préjudice est, par conséquent, de l'importance des occupations habituelles dont la victime est définitivement privée.

Il convient donc de fixer ce poste de préjudice à hauteur de 526 775 €, ce qui correspond à une valeur de 5 545 € du point, sans ajouter de somme.

Préjudice esthétique permanent (P.E.P.):

L'expert a retenu une préjudice esthétique permanent de 5,5/7.
Il est constant que depuis son accident, Mme [C] est constamment soit alitée, soit en fauteuil roulant, sans possibilité d'interagir visiblement avec son environnement et qu'elle souffre d'un mauvais port de tête et d'une incontinence totale.

Dès lors, il convient de fixer l'indemnité à ce titre à 20 000 €.

Préjudice d'agrément (P.A.) :

Il vise exclusivement à réparer le préjudice lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique, sportive ou de loisirs.

Les requérants sollicitent une somme de 20 000 € à ce titre, faisant valoir que l'expert a souligné que l'état de santé de Mme [C] est incompatible avec une quelconque activité d'agrément.

Néanmoins, ce poste de préjudice ne porte que sur les activités spécifiques qui pratiquait la victime avant l'accident, au dela des activités habituelles. À défaut pour la victime de prouver les activités antérieures particulières qu'elle pouvait exercer, elles ne peuvent être présumées par le tribunal. Les seules déclarations de [V] [B] [W] au cours des opérations d'expertise faisant état du caractère et des activités de Mme [C] avant son accident ne peuvent suffir à justifier d'activités antérieures spécifiques.

Dès lors, il ne sera fixée aucune somme à ce titre.

Préjudice sexuel

Ce préjudice comprend tous les préjudices touchant à la sphère sexuelle à savoir : le préjudice morphologique lié à l'atteinte aux organes sexuels, le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même qui repose sur la perte du plaisir à l'accomplissement de l'acte sexuel qu'il s'agisse de la perte de l'envie ou de la libido, de la perte de capacité physique de réaliser l'acte ou de la perte de la capacité à accéder au plaisir ainsi que le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté de procréer.

Les requérants sollicitent à ce titre une somme de 30 000 €.

Il convient de fixer ce poste de préjudice à la somme de 15 000 €.

Préjudice d'établissement

Il consiste en la perte d'espoir et de chance normale de réaliser un projet de vie familiale en raison de la gravité du handicap. L'évaluation est personnalisée notamment en fonction de l'âge.
Le préjudice d'établissement ne peut être confondu, ni avec le préjudice d'agrément, ni avec le préjudice sexuel.

Les requérants sollicitent une somme de 20 000 € à ce titre faisant valoir que Mme [C] ne peut plus vivre sa vie de couple ni sa vie de mère comme auparavant.

Néanmoins, il n'est pas établi que l'accident est à l'origine pour Mme [C] d'un préjudice spécifique lié à la privation de la possibilité de fonder une famille alors qu'elle avait déjà quatre enfants au moment de l'accident et que son compagnon est toujours à ses côtés, constituant à l'heure actuelle son principal aidant.

Sur la créance des tiers payeurs et la répartition des créances:

La créance des tiers payeurs au titre des prestations évoquées ci avant pour chaque poste de préjudice s'imputera conformément au tableau ci-aprés:

Evaluation du préjudice
Créance
CPAM
Créance
victime
PREJUDICES PATRIMONIAUX

temporaires

-DSA dépenses de santé actuelles
486 260,59 €
449 751,25 €
36 509,34 €
-FD frais divers hors ATP
6 305,08 €

6 305,08 €
- ATP assistance tiers personne
127500
24 645,50 €
102 854,50 €
-PGPA perte de gains actuels
26 807,59 €
25 604,99 €
1 202,60 €
permanents

- DSF dépenses de santé futures
195 940,22 €
195 940,22 € +Rente
Rente
- frais de logement adapté
RESERVE

RESERVE
- frais de véhicule adapté
RESERVE

RESERVE
- ATP assistance tiers personne
745 110,00 €
55 433,69 € +Rente
689 676,31 € +Rente

- PGPF perte de gains professionnels futurs
34 000,00 €
27 864,86 € +Rente
6 135,14 € +Rente
- IP incidence professionnelle
40 000,00 €

40 000,00 €
PREJUDICES EXTRA-PATRIMONIAUX

temporaires

- DFT déficit fonctionnel temporaire
29 538,54 €

29 538,54 €
- SE souffrances endurées
40 000,00 €

40 000,00 €
- PET préjudice esthétique temporaire
10 000,00 €

10 000,00 €
permanents

- DFP déficit fonctionnel permanent
526 775,00 €

526 775,00 €
- PE Préjudice esthétique permanent
20 000,00 €

20 000,00 €
- PA préjudice d'agrément
0,00 €

0,00 €
- préjudice sexuel
15 000,00 €

15 000,00 €
- préjudice d'établissement
0,00 €

0,00 €
- TOTAL

2 303 237,02 €
779 240,51 €
1 523 996,51 €
Provision

700 000,00 €
TOTAL aprés provision

823 996,51 €

Après déduction de la créance des tiers-payeurs et déduction de la provision versée par l'ONIAM, le solde dû à [S] [C] à la charge du Docteur [Y] [GL] s'élève à la somme de
823 996,51 €.

Conformément aux dispositions de l'article 1231-7 du Code Civil, les indemnités allouées à la victime porteront intérêts au taux légal à compter du prononcé du présent jugement.

Sur les demandes de la CPAM de la Gironde

En application de l'article L376-1 du code de la sécurité sociale, il convint de condamner le Dr [GL], tiers responsable, à lui payer :
- la somme de 779 240,51€ en capital au titre des sommes échues
- une rente mensuelle de 5 300,38 € au titre des dépenses de santé futures à échoir
- une rente mensuelle de 1 192,56 € au titre de l'aide tierce personne
- une rente annuelle de 7 194,44 € au titre de la perte de gains professionnelle futurs
et ce, avec intérêts au taux légal à compter de la présente décision.
Elle est en outre bien fondée dans sa demande au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion telle que prévue aux articles 9 et 10 de l'ordonnance numéro 96-51 du 24 janvier 1996 avec intérêts au taux légal à compter de la présente décision.

En outre, il convient de faire application des dispositions de l'article 1343-2 du Code civil conformément à la demande.

Sur les demandes des proches au titre du préjudice d'affection et du trouble dans les conditions d'existence

Le préjudice d'affection constitue le préjudice moral subi par certains proches, parents ou non, justifiant d'un lien affectif réel, au contact de la souffrance de la victime directe. Il n'est pas nécessaire que ces souffrances aient un caractère exceptionnel pour être indemnisées.

Le compagnon de [S] [C], devenu son tuteur, ainsi que les quatre enfants de Mme [C], dont 3 vivaient au foyer avant l'accident, sollicitent une même somme de 75 000 € pour chacun.

Le docteur [GL] n'a conclu ni sur les préjudice de la victime directe, ni sur les préjudices par ricochet des proches.

Au vu du caractère exceptionnellement grave des séquelles dont souffre Mme [C] et de la nécessaire souffrance de ses proches dans l'impossibilité d'avoir un véritable échange avec elle et de partager avec elle de bons moments ainsi que des troubles dans leurs conditions d'existence, il convient d'allouer tant à [V] [B] [W] qu'à chacun des 4 enfants de [S] [C] la somme de 50.000 € à chacun.

Sur les autres dispositions du jugement

Succombant à la procédure, le Docteur [GL] sera condamné aux dépens dans lesquels seront inclus les frais antérieurs à l'engagement de l'instance relatifs à l'instance de référé expertise ayant préparé la présente instance.

D'autre part, il serait inéquitable de laisser à la charge des requérants et de la CPAM de la Gironde les frais non compris dans les dépens. Il convient en conséquence de condamner le docteur [Y] [GL] à une indemnité en leur faveur au titre de l'article 700 du code de procédure civile.
En revanche, il n'est pas justifié de faire droit aux demandes formées à ce titre par les docteurs [F], [SB], [E] et la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE

Par ailleurs, rien ne justifie d'écarter l'exécution provisoire de droit prévue par l'article 514 du code de procédure civile ce qui n'est d'ailleurs pas demandé par le docteur [GL].

Dispositif

PAR CES MOTIFS :

Le Tribunal, après en avoir délibéré,

Déclare le docteur [GL] entièrement responsable du préjudice de [S] [C] ;

Rejette les demandes formées contre les docteurs [F], docteur [SB], docteur [E] et la POLYCLINIQUE [Localité 17] RIVE DROITE ;

Constate que les demandes subsidiaires formées contre l'ONIAM sont sans objet ;

Fixe le préjudice subi par [S] [C] représentée par son tuteur [V] [B] [W], suite à l'accident médical dont elle a été victime le 13 janvier 2017 à la somme totale de 2 303 237,02 € suivant le détail suivant :

Evaluation du préjudice
Créance
CPAM
Créance
victime
PREJUDICES PATRIMONIAUX

temporaires

-DSA dépenses de santé actuelles
486 260,59 €
449 751,25 €
36 509,34 €
-FD frais divers hors ATP
6 305,08 €

6 305,08 €
- ATP assistance tiers personne
127500

24 645,50 €
102 854,50 €
-PGPA perte de gains actuels
26 807,59 €
25 604,99 €
1 202,60 €
permanents

- DSF dépenses de santé futures
195 940,22 €
195 940,22 € +Rente
Rente
- frais de logement adapté
RESERVE

RESERVE
- frais de véhicule adapté
RESERVE

RESERVE
- ATP assistance tiers personne
745 110,00 €
55 433,69 € +Rente
689 676,31 € +Rente
- PGPF perte de gains professionnels futurs
34 000,00 €
27 864,86 € +Rente
6 135,14 € +Rente
- IP incidence professionnelle
40 000,00 €

40 000,00 €
PREJUDICES EXTRA-PATRIMONIAUX

temporaires

- DFT déficit fonctionnel temporaire
29 538,54 €

29 538,54 €
- SE souffrances endurées
40 000,00 €

40 000,00 €
- PET préjudice esthétique temporaire
10 000,00 €

10 000,00 €
permanents

- DFP déficit fonctionnel permanent
526 775,00 €

526 775,00 €
- PE Préjudice esthétique permanent
20 000,00 €

20 000,00 €
- PA préjudice d'agrément
0,00 €

0,00 €
- préjudice sexuel
15 000,00 €

15 000,00 €
- préjudice d'établissement
0,00 €

0,00 €
- TOTAL
2 303 237,02 €
779 240,51 €
1 523 996,51 €
Provision

700 000,00 €
TOTAL aprés provision

823 996,51 €

Réserve les postes frais de logement adapté et frais de véhicule adapté

Condamne le docteur [Y] [GL] à payer à [S] [C] représentée par son tuteur [V] [B] [W] :

* la somme de 823 996,51 € en capital au titre de l'indemnisation de son préjudice corporel, après déduction de la provision versée par l'ONIAM et de la créance des tiers payeurs,

* une rente mensuelle de 15 138,19 € au titre des frais d'assistance tierce personne payable avant le 10 de chaque mois à compter du 1er mars 2024, indemnitée suspendue en cas d'hospitalisation à partir du 30 ème jour,

* une rente annuelle de 2 752,28 € au titre des pertes de gain professionnel futurs payable avant le 30 mars de chaque année et pour la 1ere fois à compter du 1er mars 2024,

* une rente annuelle de 1 165,46 € au titre des dépenses de santé futures à compter du 1er janvier 2025,
* une rente annuelle de 1 222,68 € au titre des dépenses de santé futures à compter du 1er janvier 2027, se substituant à

la précédente rente au titre des dépenses de santé futures,

* une rente annuelle de 4 821,40 € au titre des dépenses de santé futures à compter du 1er janvier 2029, se substituant à la précédente rente au titre de dépenses de santé futures,

* une rente annuelle de 5 352,91€ au titre des dépenses de santé futures, se substituant à la précédente rente au titre des dépenses de santé futures ;

Dit que ces rentes seront payables à terme échu avec intérêts au taux légal à compter de chaque échéance échue et seront révisables chaque année conformément aux dispositions de l'article L.161-25 du code de la sécurité sociale ;

Condamne le docteur [Y] [GL] à payer à la CPAM de la Gironde au titre des prestations versées pour le compte de Mme [S] [C] :
- la somme de 779 240,51€ en capital au titre des sommes échues,
- une rente mensuelle de 5 300,38 € au titre des dépenses de santé futures à échoir payable avant le 10 de chaque mois à compter du 1er mars 2024,
- une rente mensuelle de 1 192,56 € au titre de l'aide tierce personne payable avant le 10 de chaque mois à compter du 1er mars 2024
- une rente annuelle de 7 194,44 € au titre de la perte de gains professionnelle futurs avant le 30 mars de chaque année et pour la 1ere fois à compter du 1er mars 2024
et ce, avec intérêts au taux légal à compter de la présente décision ;

Dit que ces rentes seront payables à terme échu avec intérêts au taux légal à compter de chaque échéance échue et seront révisables chaque année conformément aux dispositions de l'article L.161-25 du code de la sécurité sociale ;

Condamne le docteur [Y] [GL] à payer à la CPAM de la Gironde la somme de 1.162 € au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion prévue aux articles 9 et 10 de l'ordonnance numéro 96-51 du 24 janvier 1996 ;

Condamne le docteur [Y] [GL] à payer à l'ONIAM la somme de 700 000 € en remboursement de la somme versée à Mme [C] en application des dispositions de l'ordonnance du juge de la mise en état du 23/11/2022 ;

Condamne le docteur [Y] [GL] à payer au titre du préjudice d'affection et des troubles dans leurs conditions d'existence :
* 50 000 € à M. [V] [B] [W]
* 50 000 € à Madame [O] [C]
* 50 000 € à [U] [K] représentée par M. [B] [W] et par M. [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C]
* 50 000 € à [M] [B] [W] représentée par M. [B] [W] et par M. [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C]
* 50 000 € à [X] [B] [W] représenté par M. [B] [W] et par M. [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C] ;

Condamne le docteur [Y] [GL] à payer au titre de l'article 700 du code de procédure civile:
- 1 000 € à [S] [C] représentée par son tuteur [V] [B] [W],
- 500 € à M. [V] [B] [W] au titre du préjudice d'affection
- 500 € à Madame [O] [C]
- 500 € à [U] [K] représentée par M. [B] [W] et par M. [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C]
- 500 € à [M] [B] [W] représentée par M. [B] [W] et par M. [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C]
- 500 € à [X] [B] [W] représenté par M. [B] [W] et par M. [B] [W] en qualité de tuteur de [S] [C]
- 5 000 € à l'ONIAM
- 1 500 € à la CPAM de la Gironde ;

Rejette les autres demandes au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

Dit que les sommes allouées ci dessus porteront intérêts au taux légal à compter du présent jugement avec application

des dispositions de l'article 1343-2 du Code civil au profit de la CPAM de la Gironde;

Condamne le docteur [Y] [GL] aux dépens, qui comprendront ceux de l'instance ayant donné lieu à l'ordonnance de référé du 28 mai 2018 et ses frais d'exécution ainsi que le coût de l'expertise judiciaire et dit que les avocats en la cause en ayant fait la demande pourront, chacun en ce qui le concerne, recouvrer sur la partie condamnée ceux des dépens dont ils auraient fait l'avance sans avoir reçu provision en application de l'article 699 du code de procédure civile ;

Dit n'y avoir lieu à écarter l'exécution provisoire de droit de la présente décision ;

Rejette les autres demandes des parties.

Le jugement a été signé par Louise LAGOUTTE, président et Elisabeth LAPORTE, greffier.

LE GREFFIER LE PRESIDENT

Doctrine

Tribunal Judiciaire de Bordeaux, 6e chambre civile, 15 janvier 2025, n° 22/06269

TJ Bordeaux
15 janvier 2025

Sur la décision

Référence : TJ Bordeaux, 6e ch. civ., 15 janv. 2025, n° 22/06269

Numéro(s) : 22/06269

Importance : Inédit

Dispositif : Fait droit à une partie des demandes du ou des demandeurs sans accorder de délais d'exécution au défendeur

Date de dernière mise à jour : 20 janvier 2025

Lire la décision sur le site de la juridiction

Sur les parties

Avocat(s) :
Jean-Christophe COUBRIS Paola JOLY Bénédicte DE BOUSSAC DI PACE

Cabinet(s) :
SCP BAYLE - JOLY COUBRIS ET ASSOCIES

Parties :
CPAM de la GIRONDE, HOPITAL

Texte intégral

6EME CHAMBRE CIVILE

JUGEMETN MIXTE

SURSIS A STATUER

TRIBUNAL JUDICIAIRE

DE BORDEAUX

6EME CHAMBRE CIVILE

JUGEMENT DU 15 Janvier 2025

63A

RG n° N° RG 22/06269 – N° Portalis DBX6-W-B7G-W33C

Minute n°

AFFAIRE :

[M] [V]

C/

HOPITAL MEDICAL PRIVE [9], [N] [D], CPAM de la GIRONDE

Grosse Délivrée

le :

à Avocats : la SCP BAYLE – JOLY

la SELARL BENEDICTE DE BOUSSAC DI PACE

la SELARL COUBRIS ET ASSOCIES

l'AARPI GRAVELLIER – LIEF – DE LAGAUSIE – [E]

COMPOSITION DU TRIBUNAL :

Lors des débats en juge rapporteur :

Madame Louise LAGOUTTE, vice-président,

Madame Fanny CALES, juge,

Lors du délibéré et de la mise à disposition :

Madame Louise LAGOUTTE, vice-président,

Madame Fanny CALES, juge,

Madame Rebecca DREYFUS, juge,

greffier présente lors des débats et de la mise à dispostion : Madame Elisabeth LAPORTE,

DEBATS:

A l'audience publique du 13 Novembre 2024,

JUGEMENT:

Contradictoire

En premier ressort

Par mise à disposition au greffe

DEMANDERESSE

Madame [M] [V]

née le [Date naissance 2] 1992 à [Localité 7]

de nationalité Française

[Adresse 6]

[Localité 4]

représentée par Maître Jean-christophe COUBRIS de la SELARL COUBRIS ET ASSOCIES, avocats au barreau de BORDEAUX

DEFENDEURS

Association HOPITAL MEDICAL PRIVE [9] pris en la personne de son président en exercice

[Adresse 1]

[Localité 5]

représentée par Maître Marina RODRIGUES de l'AARPI GRAVELLIER – LIEF – DE LAGAUSIE – RODRIGUES, avocats au barreau de BORDEAUX

Monsieur [N] [D]

de nationalité Française

[Adresse 1]

[Localité 5]

représenté par Maître Paola JOLY de la SCP BAYLE – JOLY, avocats au barreau de BORDEAUX

CPAM de la GIRONDE prise en la personne de son directeur en exercice domicilié es qualités audit siège

[Adresse 8]

[Localité 3]

représentée par Maître Bénédicte DE BOUSSAC DI PACE de la SELARL BENEDICTE DE BOUSSAC DI PACE, avocats au barreau de BORDEAUX

EXPOSÉ DES FAITS ET DE LA PROCÉDURE

Le 15 février 2018, Madame [V] a subi une chirurgie plastique abdominale avec transposition ombilicale réalisée par le docteur [D] au sein du CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] .

Le 28 février 2019, le docteur [D] a procédé à une nouvelle intervention et a retiré un excès cutané graisseux de 700 g et plusieurs nodules.

Le 17 mars, Madame [V], présentant un écoulement de sa cicatrice, s'est rendue aux urgences où il a été constaté une désunion partielle de la cicatrice. Le prélèvement bactériologique a mis en évidence un staphylocoque doré.

Une échographie réalisée le 17 avril 2019, a mis en évidence un volumineux hématome pariétal de la fosse iliaque.

Le 19 avril 2019, le docteur [D] a procédé à l'ablation de la tuméfaction, ainsi qu'à l'évacuation de l'hématome.

Le 30 avril, le docteur [L], remplaçante du docteur [D], a procédé à l'ablation de la lame, la pose d'une mèche, et l'évacuation d'un hématome.

Devant la persistance d'un excès cutané du flanc gauche, le docteur [D] a complété l'abdominoplastie le 6 juin 2019.

Le 28 août 2019, le Docteur [Y], de la Clinique Mutualiste de [Localité 7], a évacué un abcès profond, et a constaté la présence de débris. Il a effectué l'ablation du trajet fistuleux, avec la pose de deux mèches. Le résultat du prélèvement effectué lors de l'opération a mis en évidence des remaniements fibro-inflammatoire avec cystotéatonécrose.

Madame [V] a été réhospitalisée du 2 au 6 janvier 2020 à la Clinique du Médoc pour reprise complète de la cicatrice.

Du 21 au 29 janvier 2020, Madame [V] a été réhospitalisée à la Clinique du Médoc pour prise en charge des problèmes cicatriciels, avec mise en place de poches de recueil.

Le 14 novembre 2020, une échographie de paroi a confirmé la présence de nodules et collections liquidiennes.

Madame [V] s'interrogeant sur la qualité de sa prise en charge notamment par le docteur [D] au CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] , a saisi la Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux d'Aquitaine.

Une expertise a été ordonnée par la CCI, confiée au docteur [X] qui a déposé son rapport définitif le 13 décembre 2020, constatant notamment l'absence de consolidation de Madame [V].

Estimant que les propositions d'indemnisation formulées par l'assureur du docteur [D] étaient insuffisantes, Madame [V] a, par actes d'huissier délivrés le 24 août 2022, fait assigner devant le présent tribunal le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] pour voir indemniser son préjudice ainsi que, en qualité de tiers payeurs, la CPAM de la Gironde.

L'ordonnance de clôture a été rendue le 25 juin 2024 et l'affaire a été appelée à l'audience du 13 novembre 2024 au cours de laquelle elle a été retenue puis mise en délibéré par mise à disposition au greffe à la date de ce jour, les parties en ayant été informées selon les modalités de l'article 450 alinéa 2 du Code de Procédure Civile.

PRÉTENTIONS DES PARTIES

Par conclusions responsives et récapitulatives notifiées par voie électronique le 14/02/2024, Madame [V] demande au tribunal de :

— À titre principal :

— Dire et Juger que le docteur [D] sera tenu d'indemniser l'entier préjudice de Madame [V].

— Condamner le docteur [D], à payer à Madame [V] les sommes provisionnelles suivantes portant intérêt au taux légal à compter de l'assignation au fond :

• Au titre des préjudices patrimoniaux temporaires : 3853,20 € sauf Mémoire

• Au titre des préjudices extra-patrimoniaux temporaires : 34 275 €

• Au titre du préjudice d'impréparation : 4000 €

— Condamner solidairement le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] , à payer à Madame [V], es qualité de représentante légale de son fils mineur [W] [V] une somme de 3000 € au titre de son préjudice moral.

— à titre subsidiaire :

— Condamner le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] , solidairement, au paiement à Madame [M] [V] des sommes provisionnelles suivantes portant intérêt au taux légal à compter de l'assignation au fond :

• Au titre des préjudices patrimoniaux temporaires : 3853,20 € sauf Mémoire

• Au titre des préjudices extra-patrimoniaux temporaires : 34 275 €

— condamner le docteur [D] à lui verser la somme 4000 € au titre du préjudice d'impréparation,

— Condamner le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] , solidairement,à payer à Madame [V], es qualité de représentante légale de son fils mineur [W] [V] une somme de 3000 € au titre de son préjudice moral.

EN TOUT ETAT DE CAUSE :

— Dire qu'il n'y aura lieu à écarter l'exécution provisoire de la décision à intervenir

— Condamner le docteur [D] ou/et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICALWALLERSTEIN solidairement au paiement d'une somme de 3.000 € sur le fondement de l'article 700 du CPC ainsi qu'aux entiers dépens.

Suivant conclusions notifiées par voie électronique le 06/06/2024, la CPAM de la Gironde demande au tribunal, de :

— DECLARER le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] responsables de l'accident dont a été victime Madame [V] le 15 février 2018 et des préjudices qui en ont résulté pour la CPAM DE LAGIRONDE ;

— DÉCLARER que le préjudice de la CPAM DE LA GIRONDE est constitué par les sommes

exposées dans l'intérêt de son assurée sociale, Madame [M] [V] ;

— CONDAMNER IN SOLIDUM le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] à indemniser la CPAM DE LA GIRONDE de son préjudice ;

— CONDAMNER IN SOLIDUM le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] à verser à la CPAM DE LA GIRONDE une indemnité provisionnelle de 50.000 euros à valoir sur l'indemnisation de son préjudice ;

— SURSEOIR À STATUER sur le montant de l'indemnité due à la CPAM DE LA GIRONDE

dans l'attente de la consolidation de l'état de santé de Madame [M] [V] ;

— CONDAMNER IN SOLIDUM le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] à verser à la CPAM DE LA GIRONDE la somme de 2.000 € sur le fondement des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile outre les entiers dépens ;

— DIRE N'Y AVOIR LIEU à écarter l'exécution provisoire de droit.

Au terme des conclusions responsives notifiées par voie électronique le 10/11/2023, le docteur [D] demande au tribunal de :

à titre principal :

— DEBOUTER Madame [V] de l'intégralité de ses demandes à l'encontre du docteur [D],

— DEBOUTER le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] de ses demandes à l'encontre du Docteur [D],

— DEBOUTER la CPAM de toutes ses demandes formulées à l'encontre du docteur [D],

— CONDAMNER Madame [V] aux entiers dépens

à titre subsidiaire :,

— dire que la responsabiltié du CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] est engagée du fait de l'infection nosocomiale présentée par Madame [V]

— dire que le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] sont tenus de réparer solidairement les préjudices subis par Madame [V] à hauteur de 50 % chacun;

— dire que le docteur [D] ne sera tenu à l'indemnisation des préjudices de Madame [V] qu'à hauteur de 50%,

— FIXER le montant de la provision due à Madame [V] à la somme de 7.660,86 €, détaillée comme suit :

— Les frais de déplacement : 810,86 €

— Les souffrances endurées : 4.000 €

— Le déficit fonctionnel temporaire total : 340 €

— Le déficit fonctionnel temporaire partiel : 2.510 €

— DEBOUTER Madame [V] de sa demande de provision au titre des préjudices suivants

— L'assistance par tierce personne temporaire,

— Le préjudice esthétique temporaire,

— Le préjudice d'impréparation,

— Le préjudice moral subi par son fils.

— JUGER que la créance provisoire de la CPAM de la GIRONDE n'est établie ni dans son principe ni dans son quantum

— DEBOUTER la CPAM de la GIRONDE de sa demande de provision

— ECARTER l'exécution provisoire de droit,

A défaut,

— AUTORISER le docteur [D] à consigner le montant des condamnations sur le compte séquestre du Bâtonnier de l'Ordre des Avocats.

— RAMENER à de plus justes proportions la somme sollicitée par Madame [V] au titre de l'article 700 du Code de procédure civile.

Au terme des conclusions responsives notifiées par voie électronique le 24/06/2024, le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] demande au tribunal de :

— Déclarer le docteur [D] seul responsable des dommages subis par Madame [V],

— Débouter en conséquence Madame [V], le docteur [D] et la CPAM de la GIRONDE de l'ensemble de leurs demandes formées à l'encontre du CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] .

— Condamner le docteur [D] à verser au CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] une indemnité de 3000 € au titre des dispositions de l'article 700 du Code de Procédure Civile, outre les entiers dépens, et ce avec distraction au profit de Maître Marina [E], conformément aux dispositions de l'article 699 du Code de Procédure Civile.

Pour l'exposé des moyens venant au soutien de ces demandes, il est renvoyé aux conclusions écrites des parties.

MOTIFS DE LA DÉCISION

I- Sur le droit à indemnisation de Madame [V]

A- la responsabilité médicale invoquée du Docteur [D]

Madame [V] s'appuyant sur le rapport d'expertise du docteur [X], soutient que le docteur [D] a commis une faute dans sa prise en charge médicale d'une part en réalisant le geste chirurgical trop précocement après la chirurgie bariatrique subie par Madame [V], et omettant alors de l'informer des risques encourus en cas d'intervention précoce et d'autre part en procédant à un geste initial de résection insuffisant.

La CPAM de la Gironde et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] soutiennent également la responsabilité du docteur [D] au titre des manquements fautifs commis dans la prise en charge médicale et chirurgicale de Madame [V].

Le docteur [D] s'oppose à voir reconnaitre sa responsabilité au titre des manquements fautifs invoqués. Il soutient que le caractère précoce de l'intervention n'est pas établi formellement par l'expert et que cette intervention a été réalisée sur sollicitation expresse de Madame [V] et avec l'accord du médecin de la sécurité sociale. Il fait valoir que l'indication opératoire n'était pas fautive dans la mesure où le poids de Madame [V] était stabilisé. Il conteste tout manquement au devoir d'information au titre de l'intervention réalisée, fournissant la fiche de consentement éclairé signée par Madame [V]. Enfin, il soutient que la résection n'était pas insuffisante mais a été justement appréciée au regard du type de dysmorphie abdominale présentée par Madame [V] et de la nécessité de limiter le risque de désunion de la cicatrice. Il fait valoir que son geste de résection était conforme à la littérature médicale qui retient la nécessité de correction d'un excès cutané par des interventions complémentaires à distance de l'intervention initiale en allongeant la cicatrice latéralement.

Il résulte des dispositions combinées des articles L. 1142-1 I et R. 4127-32 du code de la santé publique que, hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Il est ainsi admis que la responsabilité du médecin, qui n'est tenue qu'à une obligation de moyens dans la réalisation des actes médicaux sus visés, ne peut être engagée qu'en cas de faute dont il résulte pour le patient un préjudice en relation de causalité directe et certaine.

En l'espèce, le docteur [X] identifie s'agissant de la cause et de la nature du dommage subi par Madame [V], qu'il a consisté en des "complications septiques locales au niveau d'une cicatrice de dermolipectomie abdominale qui, du fait d'une exérèse cutanéomuqueuse insuffisante, a du justifier plusieurs reprises opératoires, parfois trop rapprochés dans le temps alors que les problèmes septiques locaux n'étaient pas encore totalement réglés."

S'agissant du caractère précoce du premier geste opératoire, il relève que le temps suffisant pour une dermolipectomie après chirurgie bariatrique est d'au moins 2 ans dans la mesure où l'amaigrissement était encore possible. Il mentionne à ce titre qu'elle a eu lieu sur demande expresse de la patiente.

Il n'est pas contesté que ce délai de 2 ans n'était pas atteint, la chirurgie bariatrique ayant eu lieu en mai 2016 et la chirurgie plastique en février 2018.

Si le docteur [D] conteste le caractère précoce de l'intervention au motif que le délai de 2 ans invoqué par le médecin expert n'est pas justifié par de la littérature médicale, il ressort du compte-rendu de rendez-vous du 15/12/2017 émis par le docteur [D] lui-même qu'il mentionne avoir informé Madame [V] que la réalisation habituelle des chirurgies plastiques après chirurgie bariatrique intervient "en général deux ans après l'intervention". Ainsi, l'appréciation de l'expert est conforme aux informations communiquées par le docteur [D] lui-même.

De plus, s'il n'est pas contesté que Madame [V] a été en demande pour que cette intervention intervienne au plus tôt, il appartenait au docteur [D], en sa qualité de professionnel médical de lui délivrer toutes les informations s'agissant des risques encourus du fait de la précocité de l'intervention par rapport à la chirurgie bariatrique. Or, cette information ne ressort ni du compte-rendu de rendez-vous ni de la fiche de consentement éclairé versée à cet égard par le docteur [D] que ne fait état que d'une information sur les "risques fréquents ou graves, normalement prévisibles" que comportent ce type d'intervention.

Enfin, sur l'aval donné par le médecin de la sécurité sociale pour la réalisation de l'intervention, comme indiqué dans les conclusions mêmes du docteur [D], le médecin inspecteur n'avait pour rôle que de donner une réponse quant à "l'éligibilité de l'intervention à une prise en charge" par la Caisse de sécurité sociale et ne constituait pas un second avis pour éclairer Madame [V] sur le caractère adapté de l'intervention elle-même. Ainsi, le fait d'avoir obtenu l'accord du médecin de la sécurité sociale ne constitue nullement une approbation du choix thérapeutique du docteur [D].

S'agissant de l'exérèse insuffisante, le médecin expert conclut que cela a conduit à des retouches successives, exposant au risque de contamination de la nouvelle zone d'exérèse. Il mentionne ainsi que cette décision de réintervention suite à une exérèse insuffisante conduira à :

—une contamination septique de la plaie opératoire aboutissant quelque temps après le geste chirurgical à une désunion de la cicatrice et un écoulement durable qui imposera lui-même un geste de drainage et curetage de la plaie.

—un déséquilibre au niveau de la symétrie de la cicatrice conduisant à proposer à nouveau 3 mois plus tard un geste symétrique du côté gauche, geste réalisé alors même qu'une cicatrisation complète n'est pas définitivement acquise du coté opposé, exposant au risque d'une contamination de la nouvelle zone d'exérèse.

Le docteur [D] fait valoir que son choix de résection était suffisant et justifié au vu de la morphologie de Madame [V]. Il verse à ce titre de la littérature médicale et des photographies de la patiente.

En l'état, si le caractère insuffisant de l'exérèse initiale apparait discutable, il reste néanmoins que le fait d'avoir procédé à des reprises opératoires parfois trop rapprochées dans le temps alors que les problèmes septiques locaux n'étaient pas encore totalement réglés constitue un manquement aux règles de l'art identifié par le médecin expert et dont le docteur [D] ne justifie pas.

En conséquent, il convient de retenir que le docteur [D] a commis des manquements fautifs dans la prise en charge chirurgicale de Madame PAULETs'agissant de l'indication thérapeutique initiale et des reprises opératoires inadaptées au vu des problèmes septiques.

B- La responsabilité médicale au titre de l'infection nosocomiale

Madame [V] fait valoir en premier lieu que les manquements dans la prise en charge par le docteur [D] ont conduit à la survenue d'une infection nosocomiale lors de la reprise opératoire qui aurait pu être évitée si le geste avait été plus radical d'emblée, et à des gestes chirurgicaux itératifs du fait d'une reprise encore insuffisante. Elle sollicite ainsi à voir reconnaitre l'infection nosocomiale et les dommages en ayant résulté comme la conséquence directe des manquements du docteur [D]. Subsidiairement, elle sollicite néanmoins à voir reconnaitre l'infection nosocomiale comme imputable au CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9].

Le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] fait valoir que si les premiers signes d'infection sont apparus lors du premier complément chirurgical d'exérèse cicatricielle, il n'en demeure pas moins que ces reprises ont directement été rendues nécessaires par le manquement initial aux règles de l'art du docteur [D], qui a favorisé la survenue de problèmes septiques locaux.

Le docteur [D] soutient en lecture du rapport d'expertise que le problème infectieux est lié aux soins mais qu'il ne résulte pas d'une faute imputable à l'opérateur. Il soutient à ce titre un partage de responsabilité avec le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] au titre de sa responsabilité de plein droit du fait du caractère nosocomiale de l'infection constatée.

Aux termes de l'article L. 1142-1- I du code de la santé publique, "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 ou d'actes de prévention et de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère".

Il est admis que doit être qualifiée d'infection nosocomiale toute infection contractée au cours ou à la suite d'une hospitalisation qui était absente chez le patient lors de son admission dans l'établissement de soins et qui a un lien de causalité avec les soins prodigués sans qu'il y ait lieu d'établir l'origine de l'infection de nature endogène ou exogène.

En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise que les problèmes infectieux subis par Madame [V] sont directement liés aux soins, sans faute imputable à l'opérateur à savoir le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] et le docteur [D].

Le caractère nosocomial des problèmes septiques présentés par Madame [V] suite à l'intervention du Docteur [D] et aux reprises chirurgicales n'est pas contesté par les parties.

Or, il a été démontré précédemment que les protocoles de soins tels qu'ils ont été mis en place par le docteur [D] n'étaient pas conformes aux règles de l'art.

Par conséquent, et l'infection constatée étant la conséquence directe et certaine du choix opératoire et thérapeutique du docteur [D], il convient de considérer qu'elle est entièrement imputable à la faute de ce dernier.

Ainsi, la demande tendant à voir établir un partage de responsabilité entre le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] et le docteur [D] sera rejetée. Le docteur [D] sera déclaré entièrement responsable de l'ensemble du dommage subi par Madame [V] suite au geste opératoire du 15 février 2018 et aux complications notamment infectieuses qui ont suivi.

II- Sur la liquidation du préjudice de Madame [V]

Sur le préjudice d'impréparation

En l'espèce, Madame [V] sollicite la somme de 4000 € au titre du préjudice d'impréparation subi du fait du défaut d'information sur le risque de réintervention en cas de geste précoce par rapport à la date de son intervention de sleeve gastrectomie.

Par ailleurs, si au dispositif de ses conclusions, cette demande apparait par erreur dans la liste des sommes demandées au titre des indemnités provisionnelles, elle apparait bien comme une demande de condamnation hors indemnités provisionnelles dans le corps de ses conclusions.

Il a été démontré précédemment que le docteur [D] n'avait pas informé Madame [V] des risques spécifiques présentés par une intervention précoce au vu de la situation thérapeutique de Madame [V]. Il découle de ce manquement au droit d'information, un préjudice d'impréparation pour Madame [V] résultant dans le fait de ne pas avoir pu se préparer moralement et professionnellement à toutes les conséquences éventuelles de l'intervention.

Par conséquent, il y a lieu de condamner le Docteur [D] à lui verser à ce titre la somme de 4000 euros.

Sur la demande d'indemnité provisionnelle

En l'espèce, Madame [V] sollicite les sommes suivantes à titre de provision à valoir sur la liquidation de son préjudice :

— Au titre des préjudices patrimoniaux temporaires : 3 853,20 € sauf Mémoire

— Au titre des préjudices extra-patrimoniaux temporaires : 34 275 €.

Le rapport du docteur [X] indique que Madame [V] née le [Date naissance 2] 1992, sans profession au moment des faits puis cuisinière, a présenté suite aux faits :

— plusieurs périodes d'hospitalisation, avec des arrêts de travail,

— un DFTT pendant les périodes d'hospitalisations suivantes :

28.02.2019

19.04.2019

06.06.2019

28.08.2019

02 au 06.01.2020

21. au 29.01.2020

— un DFT de classe II entre les périodes d'hospitalisation et jusqu'au 31/07/2020,

— des souffrances endurées qui ne sauraient être inférieures à 3,5/7,

— un préjudice esthétique temporaire résultant essentiellement des complications cicatricielles avec écoulement prolongé justifiant pansements et/ou poches collectrices mais aussi du résultat esthétique final insatisfaisant ayant imposé plusieurs retouches importantes ayant elles-mêmes contribué à l'apparition de complications septiques,

— pas d'assistance tierce personne.

En conséquent, il convient de fixer la provision à valoir sur la liquidation de son préjudice à la somme de 8000 €.

III- Sur la demande au titre du préjudice moral d'[W] [V]

En l'espèce, Madame [V] sollicite en sa qualité de représentante légale la somme de 3000 euros pour le préjudice moral de son fils résultant des absences répétées et de l'indisponibilité de sa mère du fait des soins et hospitalisations.

En l'état, vu l'absence de consolidation de Madame [V], il convient de réserver la demande au titre du préjudice moral de son fils.

IV- Sur les demandes de la CPAM de la Gironde

Vu l'absence de consolidation de Madame [V], il convient de sursoir à statuer sur le montant de l'indemnité due à la CPAM de la GIRONDE au titre des sommes exposées dans l'intérêt de son assurée sociale.

La demande de provision formée par cette dernière sera rejetée.

V- Sur les autres dispositions du jugement

Succombant à la procédure, le docteur [D] sera condamné aux dépens.

D'autre part, il serait inéquitable de laisser à la charge de Madame [V], de la CPAM de la Gironde et du CENTRE MEDICO CHIRURGICAL [9], les frais non compris dans les dépens. Il convient en conséquence de condamner le docteur [D] à une indemnité en leur faveur au titre de l'article 700 du code de procédure civile tel que suit :

— 2000 € à Madame [V],

— 800 € à la CPAM de la Gironde,

— 1500 € au CENTRE MEDICO CHIRURGICAL [9].

La demande formée par le docteur [D] à ce titre sera rejetée.

Par ailleurs, rien ne justifie d'écarter l'exécution provisoire de droit prévue par l'article 514 du code de procédure civile ou de prévoir une consignation.

PAR CES MOTIFS :

Le Tribunal,

DECLARE le docteur [D] entièrement responsable du préjudice subi par Madame [V] du fait de l'intervention du 15 février 2018 et des complications infectieuses qui ont suivi, en raison de ses manquements fautifs ;

CONDAMNE le docteur [D] à verser à Madame [V] la somme de 8 000 € à titre de provision à valoir sur la liquidation de son préjudice corporel ;

DECLARE le docteur [D] responsable d'un manquement au devoir d'information envers Madame [V] ;

CONDAMNE le docteur [D] à verser à Madame [V] la somme de 4 000 € au titre du préjudice d'impréparation découlant du manquement au devoir d'information ;

RESERVE la demande formée par Madame [V] es qualité de représentante légale tendant à voir condamner le docteur [D] à verser la somme de 3 000 € au titre du préjudice moral de son fils [W] [V] ;

SURSOIT à statuer sur le montant de l'indemnité due à la CPAM DE LA GIRONDE dans l'attente de la consolidation de l'état de santé de Madame [V] ;

REJETTE la demande de la CPAM de la Gironde aux fins de condamner in solidum le docteur [D] et le CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] à lui verser une indemnité provisionnelle de 50 000 € à valoir sur l'indemnisation de son préjudice ;

REJETTE les demandes en condamnation formées à l'encontre du CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL [9] ;

CONDAMNE le docteur [D] à payer au titre de l'article 700 du code de procédure civile:

— 2 000 € à Madame [V],

— 800 € à la CPAM de la Gironde,

— 1500 € au CENTRE MEDICO CHIRURGICAL [9] ;

CONDAMNE le docteur [D] aux dépens et dit que Me [E] pourra recouvrer sur la partie condamnée ceux des dépens dont elle aurait fait l'avance sans avoir reçu provision en application de l'article 699 du code de procédure civile ;

REJETTE la demande du docteur [D] aux fins d'être autorisé à consigner le montant des consignations sur le compte séquestre du Bâtonnier de l'Ordre des Avocats ;

DIT n'y avoir lieu à écarter l'exécution provisoire de droit de la présente décision ;

REJETTE les autres demandes des parties.

Le jugement a été signé par Louise LAGOUTTE, président et Elisabeth LAPORTE, greffier.

LE GREFFIER LE PRÉSIDENT

8 avril 2024
Tribunal judiciaire de Lyon
RG n° 22/02956

Quatrième Chambre

Texte de la **décision**

Entête

TRIBUNAL JUDICIAIRE
DE LYON

Quatrième Chambre

N° RG 22/02956 - N° Portalis DB2H-W-B7G-WTS7

Jugement du 08 Avril 2024

Minute Numéro :

Notifié le :

1 Grosse et 1 Copie à

Me Stéphanie LEON,
vestiaire : 276

Me Isabelle REBAUD de la SELARL REBAUD AVOCATS, vestiaire : 2683

Me Frédérique TRUFFAZ, vestiaire : 1380

Copie Dossier

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Le Tribunal judiciaire de LYON, statuant publiquement et en premier ressort, a rendu par mise à disposition au greffe, en son audience de la Quatrième chambre du 08 Avril 2024 le jugement réputé contradictoire suivant,

Après que l'instruction eut été clôturée le 26 Septembre 2023, et que la cause eut été débattue à l'audience publique du 05 Février 2024 devant :

Président : Florence BARDOUX, Vice-Président
Assesseur : Stéphanie BENOIT, Vice-Président
Assesseur : Véronique OLIVIERO, Vice-Président
Greffier : Karine ORTI,

Et après qu'il en eut été délibéré par les magistrats ayant assisté aux débats dans l'affaire opposant :

DEMANDERESSE

Madame [G] [N] épouse [K]
née le [Date naissance 1] 1974 à [Localité 10] (69)
[Adresse 5]
[Localité 7]

représentée par Maître Frédérique TRUFFAZ, avocat au barreau de LYON

DEFENDEURS

La CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU RHONE, prise en la personne de son représentant légal en exercice dont le siège social est

[Adresse 2]
[Localité 6]

défaillante n'ayant pas constitué avocat

La Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) devenue Société RELYENS MUTUAL INSURANCE, prise en la personne de son représentant légal en exercice dont le siège social est
[Adresse 4]
[Localité 8]

représentée par Maître Isabelle REBAUD de la SELARL REBAUD AVOCATS, avocats au barreau de LYON

Docteur [T] [M], chirurgien
[Adresse 3]
[Localité 7]

représenté par Maître Isabelle REBAUD de la SELARL REBAUD AVOCATS, avocats au barreau de LYON

L'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), prise en la personne de son représentant légal en exercice dont le siège social est
[Adresse 11]
[Localité 9]

représentée par Maître Stéphanie LEON, avocat au barreau de LYON, avocat postulant, Maître Ali SADJI de la SCP SAIDJI & MOREAU, avocats au barreau de PARIS, avocat plaidant

Exposé du litige

EXPOSÉ DU LITIGE

Le 24 février 2011, Madame [G] [N] épouse [K] a subi une intervention de chirurgie bariatrique, à savoir une sleeve gastrectomie consistant en une réduction du volume de l'estomac réalisée par le Docteur [T] [M].
De lourdes complications, tenant notamment à une fistule pancréatique, ont justifié une sphinctérotomie par un gastro-entérologue et deux opérations du Docteur [M].
Madame [K] fait désormais état de troubles digestifs, d'une asthénie chronique ainsi que d'un important cavernome porte.

Une expertise médicale a été ordonnée en référé, exécutée au contradictoire du chirurgien par le Docteur [O] [R] selon un rapport établi le 21 juin 2021 concluant à un accident médical non fautif.

Suivant actes d'huissier en date des 11 et 14 mars 2022, Madame [K] a fait assigner devant le tribunal judiciaire de LYON le Docteur [M] et son assureur la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM), l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) ainsi que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Rhône, l'organisme de sécurité sociale n'ayant pas constitué avocat.

Dans ses dernières conclusions rédigées au visa des articles L1142-1 I et II, L1111-2 et L1111-4 du code de la santé publique, Madame [K] attend de la formation de jugement que son dommage soit fixé ainsi :
-dépenses de santé actuelles = 57, 31 €
-frais divers = 2 212, 92 €
-tierce personne temporaire = 4 202 €
-perte de gains professionnels actuels = 3 430, 21 €
-déficit fonctionnel temporaire = 2 602, 50 €
-souffrances endurées = 25 000 €
-préjudice esthétique temporaire = 1 500 €
-dépenses de santé futures = 1 695 €
-incidence professionnelle = 11 254 €
-déficit fonctionnel permanent = 16 400 €
-préjudice esthétique permanent = 5 000 €,
avec condamnation du Docteur [M] et de son assureur, tenus solidairement. Elle fait valoir que l'indication opératoire a été posée en méconnaissance des recommandations en vigueur, que l'intervention chirurgicale a donné lieu à une plaie du pancréas constitutive d'une faute et que le praticien médical a manqué à son devoir d'information.

Subsidiairement, Madame [K] sollicite une condamnation du Docteur [M] et de la SHAM à prendre en charge 90 % de ces indemnités, en considération d'un manquement au devoir d'information l'ayant privée d'une chance importante de refuser l'intervention et d'éviter les risques survenus, avec condamnation de l'ONIAM à lui verser 10 % des sommes réclamées.
A défaut, elle entend que l'ONIAM seul supporte la charge de son dédommagement.
Madame [K] demande par ailleurs que le chirurgien et la SHAM lui règlent une indemnité de 10 000 € au titre du manquement au devoir d'information, outre le paiement d'une somme de 5 000 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile en sus des dépens distraits au profit de son avocat.
Le tout selon un jugement dont elle sollicite qu'il soit assorti du bénéfice de l'exécution provisoire et déclaré opposable à la CPAM du Rhône.

Aux termes de leurs ultimes écritures prises sous une plume commune, le Docteur [M] et son assureur devenu la société RELYENS MUTUAL INSURANCE concluent au rejet des prétentions adverses au motif que le rapport d'expertise ne retient aucun manquement aux règles de l'art imputable au chirurgien et réclament en retour la condamnation de Madame [K] à prendre en charge les dépens ainsi que les frais irrépétibles à hauteur de 2 000 €.

A titre subsidiaire, ils proposent que les préjudices de la demanderesse soient liquidés comme suit :
-dépenses de santé actuelles = 57, 31 €
-frais divers = 1 000 €

-tierce personne temporaire = 2 483 €
-perte de revenus actuels = rejet
-déficit fonctionnel temporaire = 2 290, 20 €
-souffrances endurées = 20 000 €
-préjudice esthétique temporaire = 1 000 €
-dépenses de santé futures = rejet
-incidence professionnelle = rejet
-déficit fonctionnel permanent = 15 000 €
-préjudice esthétique permanent = 2 000 €.

De son côté, l'ONIAM entend être mis hors de cause au motif que les seuils de gravité exigés pour une prise en charge au titre de la solidarité nationale ne sont pas atteints.
A défaut, il en appelle à l'organisation d'une nouvelle mesure d'expertise médicale.
Il entend qu'il soit statuer ce que de droit sur les dépens.

Motivation

MOTIFS DE LA DÉCISION

Il sera rappelé à titre liminaire que l'article 9 du code de procédure civile impose à celui qui entend obtenir satisfaction de sa demande de rapporter la preuve des faits nécessaires à son succès.
Conformément à l'article 246 de ce même code, le tribunal n'est pas lié par les constatations et conclusions des techniciens.

Sur le droit à indemnisation de Madame [K]

L'article L1142-1 I du code de la santé publique pose le principe d'une responsabilité du praticien médical ou de l'établissement de santé au titre des actes de prévention, diagnostic et soins fondée sur la caractérisation d'une faute.
Par ailleurs, l'article L1111-2 de ce même code fait peser sur chaque professionnel de santé une obligation d'information consistant à renseigner le patient quant à l'utilité, l'urgence, les conséquences comme les risques des investigations, traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, étant précisé que seules l'urgence ou l'impossibilité d'y procéder peuvent l'en dispenser.
Il s'agit pour le médecin d'apporter un éclairage suffisant pour que le patient soit en mesure d'opter entre plusieurs techniques lorsqu'un tel choix existe, de consentir à l'acte de soin ou de le refuser en pleine connaissance de cause, et pour lui permettre d'anticiper la réalisation d'un éventuel risque.

Dès lors que la responsabilité d'un professionnel de santé n'est pas engagée, l'article L1142-1 du code de la santé publique prévoit que l'ONIAM a vocation à indemniser les conséquences préjudiciables découlant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale lorsque celles-ci sont directement imputables à l'acte thérapeutique et présentent un caractère anormal en considération de l'état du patient comme de son évolution prévisible.
En outre, l'un des seuils de gravité visés par ce texte et fixés selon l'article D1142-1 du même code doit être atteint, à savoir :
-un taux de déficit fonctionnel permanent d'au moins 24 %
-un arrêt temporaire des activités professionnelles ou un déficit fonctionnel temporaire d'au moins 50 % pendant 6 mois consécutifs ou 6 mois non-consécutifs sur une période de 12 mois
-de façon exceptionnelle, une inaptitude définitive à exercer l'activité professionnelle qui était celle de la victime avant les faits
ou l'existence de troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

En l'espèce, il est constant que le 24 février 2011, Madame [K] a subi un geste de chirurgie bariatrique sous forme d'une sleeve gastrectomie par voie coelioscopique.
Les renseignements médicaux figurant au dossier laissent apparaître qu'un scanner réalisé le 28 février 2011 a mis en évidence un tableau de pancréatite aiguë corporéo-isthmique avec une importante infiltration péri-pancréatique de la gouttière pariéto-colique s'étendant au flanc droit.
Le 3 mars 2011, le Docteur [S] a effectué un cathétérisme rétrograde ou spinctérotomie, sans mise en place possible d'une prothèse.
Un scanner abdominal en date du 12 mars 2011 a confirmé la pancréatite aiguë, avec une volumineuse coulée de nécrose dans les tissus cellulaires sous-cutanés du flanc droit.
Le 18 mars 2011, le Docteur [M] a dû procéder à une reprise chirurgicale aux fins de mise à plat d'abcès, en pratiquant une exérèse au niveau du flanc droit ayant permis l'évacuation de quantités abondantes d'un liquide grisâtre purulent.
Un troisième geste opératoire a été exécuté par le chirurgien [M] le 3 avril 2011, consécutivement à un scanner du jour-même, pour une nouvelle évacuation d'abcès dans un contexte de pancréatite aiguë grave nécrotico-hémorragique surinfectée.

Sur l'indication opératoire

L'expert [R] rappelle que le recours à un geste de chirurgie bariatrique exigeait déjà en 2011 la réunion de plusieurs critères : un indice de masse corporelle d'un certain niveau associé à une cause de comorbidité (hypertension artérielle, diabète, arthrose, apnée du sommeil), âge, ancienneté de la surcharge pondérale, échec des régimes alimentaires ou médicamenteux, absence de pathologie endocrinienne, compréhension et compliance du patient, absence de dépendance à l'alcool ou aux stupéfiants, risque opératoire acceptable.
Il ajoute que le patient doit se soumettre à un bilan pré-opératoire requérant la contribution de nombreuses disciplines : pneumologie, cardiologie, endocrinologie, diététique, psychiatrie, gastro-entérologie.

Au cas présent, l'expert judiciaire note que Madame [K] ne présentait pas d'hypertension, ni de diabète ou d'apnée du sommeil, même si elle n'a pas été examinée par un pneumologue.
Le technicien relève donc que la seule co-morbidité tenait à une arthrose, précisant néanmoins qu'aucun document n'a été produit à ce sujet en l'absence de traces de radiographies ou d'avis spéciaux osseux, et que le bilan pré-opératoire « fut clairement incomplet », avec « des co-morbidités peu claires » en raison d'une recherche insuffisante. L'expert a même précisé en réponse à un dire de l'avocat de Madame [K] que celle-ci était « arrivée » à une chirurgie bariatrique sans avis spécialisé avant ».
Pour autant, le Docteur [R] conclut à une indication opératoire de sleeve fondée, soulignant que l'intervention avait été validée sans remarque par l'organisme de sécurité sociale.

L'argument ainsi mis en avant par l'expert est dénué de pertinence en ce qu'il n'appartient pas à une caisse de sécurité sociale d'avaliser le choix d'un praticien médical quant à la nature du traitement, sa sphère de compétence se limitant à la prise en charge financière de l'acte de soin.
Par ailleurs, l'avis émis par le Docteur [R] ne saurait emporter la conviction du tribunal en ce que l'intéressé n'a pas tiré les conclusions de ses propres investigations quant à l'absence de bilan pré-opératoire exhaustif qui aurait révélé que les conditions requises par la science médicale étaient réunies.
A l'inverse, il doit être déduit des observations consignées par l'expert dans son rapport que les modalités chirurgicales retenues par le Docteur [M] n'étaient pas adaptées et que son intervention n'était donc pas indiquée en présence d'une patient non soumise à une évaluation pluridisciplinaire complète qui aurait constaté la réunion de tous les critères requis.

Sur la qualité d'exécution du geste chirurgical

Les nombreux examens d'imagerie subis par Madame [K] ont mis en évidence que celle-ci a été affectée par une pancréatite aiguë dont l'origine n'est selon l'expert pas biliaire mais liée à un probable traumatisme per-opératoire.
Le Docteur [R] estime que la plaie au niveau du pancréas tient, selon l'hypothèse la plus logique, au passage d'une pince à agrafage qui aurait touché « par inadvertance » la face antérieure de cet organe.
Il considère cependant que les soins dispensés à Madame [K] l'ont été dans le respect des règles de l'art.

Répondant aux observations critiques formulées pour le compte de la demanderesse, l'expert judiciaire explique que « la chirurgie obéit à des règles anatomiques complexes qui vont au-delà de la sémantique pure d'un dictionnaire » et maintient que le traumatisme provoqué au cours de l'acte opératoire est constitutif d'un accident médical non fautif « puisque le pancréas a un rapport anatomique étroit avec l'estomac ».

Cependant, il convient de retenir que la lésion provoquée par un praticien de la chirurgie à un organe qui n'était pas l'objet de l'acte opératoire est nécessairement fautive, sauf preuve rapportée par le médecin d'une anormalité anatomique présentée par le patient.
En l'espèce, le Docteur [M] ne procède à aucune démonstration de ce genre, se contentant de reprendre à son compte le raisonnement tenu par l'expert judiciaire qui ne saurait être adopté par le tribunal en ce que la contiguïté entre l'organe visé par l'acte opératoire et celui involontairement atteint est nécessairement connue du chirurgien qui doit prendre toutes précautions utiles afin d'éviter un quelconque dommage.
En conséquence, il convient de retenir que le geste technique exécuté par le Docteur [M] relève d'un manquement fautif à l'origine directe d'un préjudice subi par Madame [K] en raison d'une plaie du pancréas.

Sur le respect de l'obligation d'information

En cette matière, la charge de la preuve repose sur le praticien médical qui doit démontrer qu'il s'est effectivement conformé à son obligation légale.
Le Docteur [M] fait observer que Madame [K] a signé une fiche de consentement éclairé datée du 21 janvier 2011, dont les paragraphes 2 à 4 sont rédigés ainsi :
« Le Docteur [T] [M] m'a donné des informations précises sur mon problème de santé. Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas à une intervention chirurgicale.
Il m'a informé des autres types de traitement, s'ils existent, avec leurs bénéfices et inconvénients potentiels.
Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires, mais aussi à terme ».
Cette fiche comporte in fine la mention de ce que la patiente a eu la possibilité de poser des questions au chirurgien, qui « y a répondu de façon complète et satisfaisante », avec cette précision que les réponses fournies ont été bien comprises.

Ce document permet de considérer que Madame [K] a bénéficié d'une information consistante et qu'elle a été en mesure d'obtenir du praticien médical tous renseignements qui lui paraissaient utiles.
En outre, la demanderesse se plaint de ce que le Docteur [M] ne lui aurait pas indiqué qu'elle ne remplissait pas les conditions d'éligibilité à la chirurgie accomplie ni ne l'aurait avertie quant aux risques encourus qui se sont effectivement réalisés, notamment la plaie du pancréas.
Or, les informations dont Madame [K] déplore l'absence de communication relèvent de manquements fautifs dont par définition le médecin ne saurait faire état auprès de son patient.
Le grief dirigé contre le défendeur n'est donc pas suffisamment caractérisé pour permettre de satisfaire la réclamation financière de Madame [K] qui ne peut donc prétendre qu'à une réparation au titre d'un choix opératoire infondé et d'une mauvaise exécution de l'acte chirurgical.

Sur l'indemnisation des dommages subis par Madame [K]

Il s'agit de compenser financièrement les préjudices causés à la victime, sans perte ni enrichissement, en considération des justificatifs fournis par l'intéressée et du chiffrage proposé par l'expert médical.

Les dépenses de santé actuelles

La somme de 57, 31 € sollicitée par Madame [K] est acceptée par le Docteur [M] et la société RELYENS, de sorte qu'elle

sera accordée à la demanderesse.

Les frais divers

Il n'y a pas lieu d'allouer à Madame [K] une somme forfaitaire comme cela est proposé en défense mais de vérifier si chaque dépense alléguée est démontrée ou non.

*les frais de copie du dossier médical
Madame [K] justifie qu'une somme de 54 € lui a été réclamée de ce chef par l'Hôpital Privé Jean Mermoz

*les honoraires du médecin conseil
La demanderesse produit deux récépissés du 9 octobre 2020 et du 30 avril 2021 émanant du Docteur [W] [Z] attestant d'un paiement de 240 € et d'un autre de 870€, soit un total de 1 110 € mis à la charge du chirurgien et de son assureur.

*les frais de déplacement et de logement liés aux opérations d'expertise
Les frais de transport ne sont aucunement justifiés, ne serait-ce que par la production d'un certificat d'immatriculation. La demande sera donc rejetée.
Madame [K] verse aux débats une attestation de location d'un appartement situé dans la commune d'exercice du Docteur [R], pour un séjour entre le 29 avril 2021 et le 2 mai 2021 facturé 326, 92 €. Il convient de réduire l'indemnité accordée à la somme de 170 € en l'état d'une expertise limitée au 30 avril 2021.

*le coût du crédit contracté pour couvrir les frais de procédure
Les charges financières liées à la procédure relèvent des mesures accessoires, soumises aux dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.
En outre, si Madame [K] démontre avoir obtenu un prêt de 6 000 €, rien n'établit qu'il a servi à ses frais de justice. Dès lors, la demande ne sera pas satisfaite.
Par conséquent, l'indemnité au titre du poste sera globalement fixée à hauteur de : 54€ + 1 110 € + 170 € = 1 334 €.

La tierce personne temporaire

Le Docteur [R] retient le recours à une aide familiale selon le découpage suivant :
*3 heures par jour du 6 mai 2011 au 11 mai 2011, soit une période de 6 jours et un volume de 18 heures
*2 heures par jour du 21 mai 2011 au 31 mai 2011, soit une période de 11 jours et un volume de 22 heures
*1 heure par jour du 1er juin 2011 jusqu'à la consolidation acquise de 30 octobre 2013, soit une période de 883 jours équivalent au volume horaire.
Cependant, tant la demanderesse que les défendeurs ont procédé à un calcul avec un terme au 30 octobre 2011, soit une période de 151 jours qui sera donc retenue par le tribunal qui ne saurait statuer ultra petita.
D'où un volume global de 191 heures.
L'absence d'intervention d'une structure spécialisée ainsi que la nature de l'assistance justifient de réparer le dommage selon une indemnité de 17 € par heure, par une somme de 3 247 €.

La perte de gains professionnels actuels

Madame [K] justifie qu'elle exerçait au temps du sinistre la profession d'assistante maternelle agréée.
Elle indique avoir dû limiter son travail à la garde d'un enfant à compter de la rentrée 2011 contre quatre enfants durant l'année 2010.
L'expert judiciaire ne se prononce pas d'un point de vue médical quant à la relation entre une possible baisse de revenus et le fait dommageable, se contentant d'indiquer « à justifier compte tenu du métier de la patiente ».
Madame [K] croit pouvoir affirmer que le Docteur [R] ne conteste pas le principe de son droit à réparation alors que le caractère très lapidaire de son avis ne permet pas de tirer une telle conclusion.
En l'état d'un refus de prise en charge opposé par les parties défenderesses, il appartenait donc à Madame [K] de démontrer l'effectivité d'une perte de gains professionnels : l'intéressée, qui fait état de plusieurs bulletins de salaire, s'abstient de verser aux débats des avis d'imposition qui permettraient de connaître l'étendue exacte de ses revenus.

La demanderesse devait également fournir tous éléments médicaux utiles établissant un lien de causalité direct et exclusif entre la perte alléguée et le sinistre, alors même que l'expert [R] évoque au titre de l'incidence professionnelle un possible arrêt de son activité à venir en raison de dorso-lombalgies sans rapport avec la pancréatite. Or, pas le moindre certificat médical n'est produit.
Il convient donc d'observer que la réalité du préjudice n'est pas établie.

Le déficit fonctionnel temporaire

L'expert médical distingue quatre types de déficit qui seront compensés financièrement à hauteur de 28 € par jour, l'indemnité étant réduite proportionnellement aux taux d'incapacité pour les phases de déficit partiel :
*déficit de 100 % du 26 février 2011 au 5 mai 2011 (69 jours) puis du 12 mai 2011 au 20 mai 2011 (9 jours) et enfin le 30 octobre 2011, soit une période totale de 79 jours justifiant une indemnité de 2 212 €
*déficit de 75 % 6 mai 2011 au 11 mai 2011, soit une période de 6 jours justifiant une indemnité de 126 €
*déficit de 50 % du 21 mai 2011 au 31 mai 2011, soit une période de 11 jours justifiant une indemnité de 154 €
*déficit de 10 % à compter du 1er juin 2011 jusqu'à la date de consolidation fixée au 30 octobre 2013, mais là encore, les parties ont pris en considération une période de 151 jours s'achevant au 30 octobre 2011 qui servira au chiffrage du tribunal pour retenir une indemnité de 422, 80€,
d'où une réparation globale à hauteur de 2 914, 80 € ramenée à 2 602, 50 € conformément à la demande.

Les souffrances endurées

Elles tiennent aux douleurs physiques mais aussi morales directement provoquées par la faute médicale comme par les soins qui ont dû être dispensées à la patiente, notamment sous forme de prises en charge chirurgicales.
Leur intensité a été évaluée par l'expert judiciaire à 5 sur l'échelle de sept degrés habituellement utilisée.
Il convient dès lors d'accorder à Madame [K] une indemnité de 25 000 € conforme à la demande.

Le préjudice esthétique temporaire

Ce dommage a été évalué à 3/7, sans précision de nature et de durée, même si les renseignements fournis au titre de l'examen clinique laissent à penser que sont ici en jeu plusieurs traces cicatricielles, outre l'application de pansements ou encore l'usage de béquilles.
Une somme de 1 200 € sera accordée à Madame [K] de ce chef.

Les dépenses de santé futures

L'expert [R] retient au titre de ce poste de préjudice les frais de médecine douce.
Madame [K] justifie de 26 séances chez une naturopathe facturées 60 € l'unité, soit une somme totale de 1 560 €, ainsi que des frais d'ostéopathie s'élevant à 60 € + 35 € + 40 € = 135 €, d'où une dépense globale de 1 695 € qui sera mise à la charge des défendeurs.

L'incidence professionnelle

Ce dommage recouvre la sphère non-patrimoniale du préjudice professionnel, s'entendant notamment d'une pénibilité accrue, d'une limitation du périmètre des emplois susceptibles d'être occupés ou encore du moindre intérêt de l'activité à laquelle la victime est contrainte de se livrer.
Comme déjà indiqué, le Docteur [R] rapporte dans ses conclusions formulées en 2021 du souhait émis par Madame [K] d'arrêter son travail d'ici une année en raison de dorso-lombalgies sans relation avec le sinistre.
La demanderesse indique qu'elle poursuit encore son activité d'assistance maternelle et se plaint d'une pénibilité subie au quotidien.
Madame [K] réclame en conséquence le bénéfice d'une indemnisation calculée à hauteur de 4 % de son salaire, avec une capitalisation jusqu'à ses 62 ans.
Elle ne démontre cependant pas que la pénibilité alléguée est en relation certaine avec le sinistre médical, alors même que d'autres facteurs physiques sont susceptibles d'en être la cause.

Il n'y a donc pas matière à dédommagement.

Le déficit fonctionnel permanent

L'état séquellaire désormais présenté par Madame [K] n'est aucunement détaillé par l'expert mais uniquement évalué selon un taux d'invalidité de 8 % chez une victime née le [Date naissance 1] 1974 et donc âgée de 39 ans lorsque la consolidation a été acquise le 30 octobre 2013.
Avec une valeur du point qui sera fixée à 2 035 €, une indemnité de 16 280 € sera accordée à Madame [K].

Le préjudice esthétique permanent

Ce dommage a été évalué à 2/7 par le Docteur [R], une nouvelle fois sans aucune motivation particulière à l'appui. Néanmoins, l'expert mentionne au titre de ses constatations la présence de deux cicatrices de 5 centimètres de long laissées par les interventions pratiquées aux fins d'évacuation des collections post-pancréatites, l'une d'elles située au niveau du flanc droit étant qualifiée de disgracieuse en raison de son caractère chéloïdien.
Ces deux marques s'ajoutent aux cicatrices liées au geste opératoire initial.
En considération de la localisation et de l'ampleur de ces traces persistantes, une indemnité de 3 800 € sera allouée à Madame [K].

Récapitulatif

Au regard de ce qui précède, le dommage de Madame [K] sera fixé de la manière suivante : 57, 31 € + 1 334 € + 3 247 € + 2 602, 50 € + 25 000 € + 1 200 + 1 695 € + 16 280 € + 3 800 € = 55 215, 81 €.

Sur les demandes accessoires

En application de l'article 696 du code de procédure civile, le Docteur [M] et son assureur tenus in solidum seront condamnés aux dépens qui pourront être directement recouvrés par l'avocat de Madame [K] conformément à l'article 699 de ce même code.

Selon des modalités identiques, les mêmes parties devront également régler à la partie demanderesse une somme de 2 000 € au titre des frais irrépétibles.

En vertu de l'article 514 du code de procédure civile, le jugement est assorti de droit de l'exécution provisoire, de sorte qu'il n'y a pas lieu de l'ordonner.

Il n'est pas non plus nécessaire de déclarer le jugement opposable à l'organisme de sécurité sociale régulièrement assigné.

Dispositif

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal, statuant publiquement, en premier ressort et par jugement réputé contradictoire,

Condamne in solidum le Docteur [T] [M] et la compagnie RELYENS MUTUAL INSURANCE à régler à Madame [G] [N] épouse [K] la somme de 55 215, 81€

Condamne in solidum le Docteur [T] [M] et la compagnie RELYENS MUTUAL INSURANCE à supporter le coût des dépens de l'instance, avec droit de recouvrement direct au profit de l'avocat de Madame [G] [N] épouse [K]

Condamne in solidum le Docteur [T] [M] et la compagnie RELYENS MUTUAL INSURANCE à régler à Madame [G] [N] épouse [K] la somme de 2 000 € en application de l'article 700 du code de procédure civile

Déboute les parties pour le surplus de leurs demandes.

Prononcé à la date de mise à disposition au greffe par Stéphanie BENOIT, vice-président
En foi de quoi le présent jugement a été signé par le Président, Florence BARDOUX, et Karine ORTI, Greffier présent lors du prononcé.

Le Greffier

Le Président

ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DE LA RÉPARATION DU DOMMAGE CORPOREL
31, rue du Colisée - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 21 50 72 - E-mail : aredoc@aredoc.com
www.aredoc.com