

# **FR\_GERICHTE 601 2015 114 vom 30. August 2018**

FR Kantonsgericht, 2018-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_601\\_2015\\_114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_601_2015_114)

FR: FR\_GERICHTE 601 2015 114 du 30 août 2018

IT: FR\_GERICHTE 601 2015 114 del 30 agosto 2018

## **Regeste**

Arrêt de la Ie Cour administrative du Tribunal cantonal | Haftung der Gemeinwesen und ihrer Amtsträger

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

En vertu de l'art. 42 al. 2 de la loi cantonale du 16 septembre 1986 sur la responsabilité civile des collectivités publiques et de leurs agents (LResp; RSF 16.1), en vigueur depuis le 1er juillet 2015, l'ancien droit s'applique aux procédures pendantes au moment de l'entrée en vigueur de la révision du 19 décembre 2014, notamment si le délai pour intenter une action selon l'art. 21 de la loi dans sa version en vigueur jusque-là court déjà. En l'espèce, la demanderesse a fait valoir ses prétentions le 16 août 2012 et le défendeur s'est exprimé à cet égard le 25 mars 2015. Partant, l'action, déposée le 18 septembre 2015, est régie par l'ancien droit.

### **E. 1.2**

Selon l'art. 17 aLResp, dans sa teneur avant son abrogation au 1er juillet 2015, le Tribunal cantonal est compétent pour juger les actions fondées sur la présente loi. L'action du 18 septembre 2015, déposée dans les six mois dès la communication du rejet de la prétention survenue le 25 mars 2015, selon l'art. 24 al. 2 aLResp, l'a été en respect de la procédure préalable. L'avance de frais de justice a été versée dans le délai imparti. Il y a dès lors lieu d'entrer en matière sur les mérites de l'action, recevable à la forme.

### **E. 2**

Selon l'art. 6 LResp, les collectivités publiques répondent du préjudice que leurs agents causent d'une manière illicite à autrui dans l'exercice de leurs fonctions. La responsabilité de la collectivité publique est donc engagée lorsque les trois conditions suivantes sont remplies: un acte illicite, un dommage et un rapport de causalité entre ceux-ci. La loi institue un régime de responsabilité exclusive de l'Etat, de type objectif ou causal, avec la possibilité d'une action récursoire contre l'agent gravement fautif, au sens de l'art. 11 LResp. Pour le surplus, l'art. 9 LResp renvoie aux dispositions du code des obligations, applicables à titre de droit cantonal supplétif, en particulier à la détermination du préjudice et à la fixation de l'indemnité; dans cette mesure, il convient dès lors de se référer aux principes régissant la responsabilité civile dans la jurisprudence fédérale (ATF 133 III 462 consid. 4.1). En l'occurrence, ainsi qu'indiqué aux parties le 16 août 2017, le litige a été restreint, dans un premier temps cas échéant, à l'existence ou non d'un acte illicite imputable aux agents du HFR dès lors que cette question peut mettre fin au litige.

### **E. 3.1**

Selon la jurisprudence, le médecin ne peut en principe exécuter aucun acte comportant une atteinte à l'intégrité corporelle du patient, tel une intervention chirurgicale, sans avoir préalablement recueilli le consentement éclairé de ce même patient. L'atteinte à l'intégrité corporelle est en effet illicite et, de plus, contraire aux devoirs contractuels du mandataire si elle n'est pas justifiée par ce consentement. Celui-ci n'est éclairé que si le patient a reçu du médecin, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information portant sur le diagnostic, le traitement, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques encourus, Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 l'évolution spontanée de la maladie et les aspects financiers concernant notamment la couverture d'assurance (arrêt TF 4A\_483/2016 du 6 février 2017 consid. 4.1). Le médecin doit néanmoins veiller à ne pas inquiéter inutilement le patient en suscitant chez ce dernier un état d'anxiété préjudiciable à sa santé, de sorte qu'un pronostic grave ou fatal peut être caché au patient, mais doit en principe être révélé à ses proches. Cette possibilité, reconnue au médecin, de moduler son information, appelée "privilège thérapeutique", ne doit bien sûr pas vider de sa substance l'obligation de renseigner (arrêt TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1 avec référence à GUILLOD, La responsabilité civile des médecins: un mouvement de pendule in: La responsabilità del medico e del personale sanitario fondata sul diritto pubblico, civile e penale, 1989, p. 77; cf. ég. LANDOLT/HERZOG, Arzthaftungsrecht, 2015, p. 305 s.; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/ GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, Arztrecht, 2016, p. 155 ss, n. 144 ss). Ce devoir d'information conditionne l'exercice par le patient de son droit à l'autodétermination et vise aussi bien à assurer la libre formation de sa volonté qu'à protéger son intégrité corporelle (arrêt TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1 avec références à SCHWEIZER, Die schweizerische Bundesverfassung, Kommentar, 2002, art. 10 n. 19; POLEDNA/BERGER, Öffentliches Gesundheitsrecht, 2002, p. 62, n. 123; MARTIN-ACHARD/THÉVENOZ, La responsabilité civile des médecins des hôpitaux publics, in: Aspects du droit médical, 1987, p. 235; moins clair: PENNEAU, L'incidence du consentement sur la responsabilité juridique des médecins, in: Consentement éclairé et transfusion sanguine, Rennes 1996, p. 31). Le médecin ne peut se dispenser d'informer le patient que dans des cas spécifiques, par exemple avant l'exécution d'actes courants qui ne comportent pas de dangers particuliers et n'entraînent pas d'atteinte définitive ni durable à l'intégrité corporelle; dans les cas d'urgence confinant à l'état de nécessité, ou encore lorsque pendant l'exécution d'une opération, la nécessité d'en entreprendre une autre se révèle de manière évidente. Le médecin n'est pas non plus tenu de renseigner minutieusement un patient qui a déjà subi une ou plusieurs opérations du même genre; toutefois, le patient a droit à une information claire et complète avant une intervention particulièrement délicate dans son exécution ou dans ses conséquences (arrêt TF 4A\_483/2016 du 6 février 2017 consid. 4.1). De même, le médecin n'est pas tenu d'informer l'intéressé des dangers usuels connus liés à une intervention d'une certaine importance ou qui peuvent en être une des conséquences, tels les risques d'hémorragie, d'infections, de thromboses ou encore d'embolies (ATF 117 Ib 197 consid. 3c).

### **E. 3.2**

S'agissant des risques encourus, le patient doit être informé des risques de lésion liés possiblement à un traitement réalisé dans les règles de l'art. Il y a lieu d'opposer à l'indication médicale dans le cas concret les risques de l'intervention. Ceci en lien avec la spécificité du traitement du patient et ses exigences individuelles (cf.

LANDOLT/HERZOG, p. 308 n. 944; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 120, n. 35 et 36). En présence

d'un risque spécifique lié à une thérapie donnée, la nécessité de l'information ne dépend pas de la question de savoir si ce risque se matérialise souvent en une complication. Il s'agit bien plus d'estimer dans quelle mesure le risque considéré peut influencer la décision du patient. C'est pourquoi, lorsque d'éventuelles conséquences lourdes pour sa vie future doivent être envisagées, l'information qui doit lui être donnée sur le risque qu'il encourt est également d'importance, même si ce dernier ne se réalise que rarement. L'information ne peut porter que sur les risques connus (LANDOLT/HERZOG, p. 309 n. 948). Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 Le médecin doit dès lors orienter son devoir d'information en fonction du besoin du patient en question afin que ce dernier puisse se décider, de manière indépendante, de se soumettre ou non à l'intervention en cause. Le professionnel doit tenir compte de la situation de vie de l'intéressé et de ses connaissances, pour autant qu'il en sache quelque chose. Les connaissances médicales du patient ne sont dès lors pas sans importance. Ce qui est une évidence pour un médecin ou une personne avec une formation médicale ou scientifique peut en revanche paraître inhabituel ou surprenant pour un laïc en médecine (cf. arrêt TF 4C.276/1993 du 1er décembre 1998 consid. 3b/aa in: Pra 2000, p. 165; cf. AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 121, n. 37) La jurisprudence n'a pas posé de pourcentage au-delà duquel il y a forcément lieu d'attirer l'attention du patient sur le risque encouru (AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 122, n. 40). Le Tribunal fédéral a toutefois laissé ouverte la question de savoir s'il y a lieu de l'informer lorsque la probabilité se situe en-dessous de 1 % (ATF 133 II 121).

### **E. 3.3**

Pour être valable, le consentement ne doit être entaché ni de tromperies (mensonges du médecin), ni de pressions, et encore moins de menaces. Hormis les cas d'urgence, relevant de l'état de nécessité, le patient doit pouvoir fournir son consentement au plus tard un jour avant une opération sans gravité particulière. En revanche, si l'intervention est lourde ou présente des risques importants, le temps nécessaire pour forger la détermination du malade doit être de trois jours au moins. L'octroi au patient d'un délai raisonnable pour se déterminer prend ainsi une importance primordiale (arrêts TF 6B\_910/2013 du 20 janvier 2014 consid. 3.6.1; 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 5.2). En conséquence, le moment où l'information est donnée doit être choisi suffisamment tôt pour que le malade puisse se décider sans être soumis à la pression du temps. Pendant cette période de réflexion, qui doit en particulier permettre au patient de requérir le conseil de proches ou d'amis, l'intéressé ne doit en principe pas être déjà hospitalisé, car l'influence, même positive, du milieu médical et hospitalier est impropre à favoriser la formation de la volonté objective du patient. A défaut de telles précautions, le consentement donné doit être considéré comme inefficace pour justifier l'opération, du moment qu'il y a alors lieu d'admettre que des facteurs extérieurs (manque de temps, circonstances ressenties subjectivement comme des pressions) ont altéré la volonté effective du malade (arrêts TF 6B\_910/2013 du 20 janvier 2014 consid. 3.6.1; 4P.265/2002 du 28 avril 2003 consid. 5.2 et les références citées; cf. ég. AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 129 s., n. 126 s.). Certes, la jurisprudence pose des critères stricts quant à l'obtention d'un consentement éclairé en milieu hospitalier, elle ne le conditionne toutefois pas à la forme écrite (arrêts TF 6B\_910/2013 du 20 janvier 2014 consid. 3.4.4; ATF 115 Ib 175 consid. 3; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 144 n. 111). Elle a ainsi admis qu'il y avait eu consentement du patient sur la base des notes du personnel médical dont le contenu n'était pas contesté, se fondant sur le degré de la vraisemblance (arrêt TF

6B\_910/2013 du 20 janvier 2014 consid. 3.4.4). De manière générale, il ne suffit toutefois pas, à cet effet, de noter seulement de manière très générale dans le dossier du patient qu'il a été informé de l'opération projetée et de ses possibles complications (ATF 117 Ib 197 consid. 3c). Il doit en effet être possible, sur la base des annotations figurant au dossier du patient, d'en déduire les risques dont il a été informé et sa réaction à leur énoncé, de savoir si l'intéressé voulait en savoir plus ou non ou encore si le médecin a limité le contenu de ses informations afin de le protéger et, cas échéant, pour quelles raisons (privilège thérapeutique). Le dossier doit contenir enfin des renseignements sur la personne qui a discuté avec le patient, l'endroit et la date de la conversation (AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 111 Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 n. 9, p. 319, n. 146). Toutefois, le même Tribunal fédéral a jugé qu'à défaut de formulaire de consentement signé et même de toute mention spécifique dans le dossier du patient, il est possible, sur la base de l'ensemble des circonstances, de conclure à une information suffisante de la part du médecin sur les risques de l'intervention (cf. arrêt TF 4P.237/2006 du 16 janvier 2017 consid. 3.4.2 et AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 111, note de bas de page 29, p. 319, n. 147). C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement préalable de ce dernier (ATF 117 Ib 197 consid. 2d; 115 Ib 175 consid. 2b; arrêt TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 3.1.1 avec références à POLEDNA/BERGER, p. 112, n. 202; GEISSELER, Aufklärungspflicht des Arztes, in: Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, 1995, p. 172; CONTI, Die Malaise der ärztlichen Aufklärung, in: AJP/PJA 2000 p. 628; cf. ég. AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 110 ss, n. 8 et 9, p. 323, n. 156). Cela étant, on est en droit d'exiger du patient qu'il cherche pour sa part également à obtenir des informations et qu'il participe ainsi à compléter celles du médecin. Pour le Tribunal fédéral, le devoir d'informer tombe s'il ressort des circonstances de l'espèce que le patient donne son accord au traitement proposé en renonçant expressément ou par une attitude sans équivoque à recevoir de plus amples informations (cf. ATF 105 II 284 consid. 6c; AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p. 154, n. 41). Si le patient ne pose pas de questions, le médecin peut partir de l'idée qu'il a compris les informations qui lui ont été fournies et qu'il n'a pas d'autres questions (AEBI-MÜLLER/FELLMANN/GÄCHTER/RÜTSCHÉ/TAG, p.154, n. 42).

#### **E. 3.4**

Lorsque le médecin n'a pas, ou pas entièrement satisfait à son devoir de renseigner, il peut éventuellement faire valoir que le patient aurait accepté l'intervention même s'il avait été dûment informé. Ce consentement hypothétique n'entre toutefois pas en considération lorsque le genre et la gravité du risque encouru auraient nécessité une information accrue car il est alors vraisemblable que le patient, s'il avait reçu une information complète, se serait trouvé devant un choix difficile et aurait sollicité un temps de réflexion. La situation individuelle et concrète du patient est en principe déterminante dans l'évaluation de son consentement hypothétique; si, dans le procès, le patient ne fait pas état de motifs personnels qui l'auraient conduit à refuser l'intervention en cause, le juge doit apprécier objectivement s'il serait compréhensible qu'un patient raisonnable s'oppose à cette intervention (arrêt TF 4A\_483/2016 du 6 février 2017 consid. 4.1).

#### **E. 3.5**

Si le médecin n'a pas renseigné le patient de manière à obtenir son consentement éclairé et qu'il ne peut pas non plus se prévaloir d'un consentement hypothétique, l'intervention engage sa responsabilité ou celle de l'établissement hospitalier, cela même si elle est exécutée conformément aux règles de l'art. Il incombe au médecin de prouver qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu son consentement éclairé préalablement à l'intervention. Si le médecin se prévaut du consentement hypothétique, il doit également le prouver; le patient doit toutefois collaborer à cette preuve en rendant vraisemblable ou, au moins, en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'intervention s'il avait été dûment informé (arrêt TF 4A\_483/2016 du 6 février 2017 consid. 4.1; ATF 133 III 121 consid. 4.1 avec références détaillées à d'autres arrêts).

### **E. 3.6**

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la demanderesse n'a pas signé de formulaire de consentement. Cela n'est toutefois pas déterminant, comme l'admet la jurisprudence. Il n'est pas contesté non plus qu'elle a donné son accord à l'intervention du 16 août 2011. Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 En revanche, la demanderesse invoque un défaut de consentement libre et éclairé. Elle estime n'avoir pas correctement été informée des risques de l'opération. Le Dr D.\_\_\_\_\_ soutient qu'il l'aurait informée des hauts risques de fuites de ciment dans le canal, de lésions neurologiques irréversibles ainsi que d'embolie pulmonaire (cf. protocole opératoire du 18 août 2011). Toutefois, d'après elle, il n'apporte pas la preuve de ce qu'il prétend lui avoir dit et rien au dossier n'atteste de la réalité de cette assertion. Elle rapporte qu'il s'est en effet borné à la rassurer en lui disant qu'elle n'aurait plus de douleurs et qu'elle pourrait rentrer à son domicile le soir-même. Par ailleurs, la demanderesse estime que, compte tenu de la gravité du risque encouru, un consentement hypothétique n'entre pas en ligne de cause. Si elle avait reçu une information complète, elle se serait trouvée dans un réel conflit quant à la décision à prendre et aurait sollicité un temps de réflexion. Il ressort de la "liste des suivis" du HFR que le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie et en médecine interne générale, a noté le 15 août 2011 que la patiente est soulagée au niveau des douleurs et qu'elle est "d'accord pour la biopsie et la vertébroplastie demain à C.\_\_\_\_\_. Elle veut absolument revenir après cette intervention chez nous". Aucune autre mention n'y figure. Dans le "dossier de soins: feuille d'observation" manuscrit, on trouve, en page 7, à la date du 12 août 2011, les informations suivantes, résumées par une collaboratrice des soins. Il a ainsi été communiqué à la patiente que la biopsie du sein était négative. L'intervention litigieuse est évoquée en ces termes: "On va faire une biopsie de la méta vertébrale et pour 'cimenter'. Mme ne veut pas être hosp[italisée] à C.\_\_\_\_\_, veut faire en ambul[atoire]". Cela étant, n'y figure aucune mention des risques qui entourent pareille intervention et des informations qui auraient été données à cet égard. Force est d'admettre que ces notes ne sont pas suffisamment précises pour répondre aux exigences posées par le Tribunal fédéral en la matière et pour retenir la preuve du consentement éclairé de la patiente.

#### **E. 3.6.1**

Cela étant, on doit admettre, sur la base de l'ensemble des circonstances de l'espèce, que des informations en suffisance ont néanmoins été données à la demanderesse, tant sur le but de l'intervention, son déroulement que sur les risques encourus, pour en conclure qu'elle a été en mesure de donner son accord en toute connaissance de cause. A cet effet, il y a lieu de se référer aux auditions auxquelles il a été procédé les 16 août et 12 décembre 2017, malgré les dénégations de la recourante qui veut leur enlever toute valeur probante, parce que les

témoins sont des collaborateurs du HFR. Il y a d'abord lieu de souligner qu'elle a elle-même requis l'audition du principal responsable, le Dr D. \_\_\_\_\_, lui aussi employé de l'établissement hospitalier. En outre, ni la Dresse G. \_\_\_\_\_ (à la retraite) ni le Dr I. \_\_\_\_\_ (employé à K. \_\_\_\_\_) n'en sont plus. Ensuite, de manière générale, les déclarations des témoins se recourent sur beaucoup de points et permettent d'en conclure qu'elles ont été faites de manière objective. Il n'y a dès lors nullement lieu de les écarter - tout au plus de les apprécier de manière circonstanciée. Force est d'emblée de constater que des alternatives à l'opération litigieuse n'avaient pas à être évoquées avec la patiente dès lors que tous les intervenants ont confirmé que celle-ci n'avait pas le choix: le cimentage de la vertèbre avec biopsie était une nécessité. Il fallait en effet urgemment consolider la vertèbre nécrosée afin d'éviter des risques de paraplégie élevés et de soulager les douleurs de la patiente, d'une part, et, d'autre part, comme la biopsie du sein s'était avérée négative, il fallait en faire de même avec la vertèbre en question afin de pouvoir poser un diagnostic et définir le traitement adéquat (cf. audition du Dr H. \_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 10; audition de la Dresse G. \_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 7 et p. 9; audition du Dr D. \_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 13). Même la demanderesse, qui déclare pourtant dans un Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 premier temps qu'elle ne connaissait pas le but de l'intervention, admet qu'il s'agissait de pouvoir poser un diagnostic et de soulager ses douleurs (pv du 16 août 2017, p. 3). Elle confirme par ailleurs qu'aucune autre proposition ne lui a effectivement été faite (pv du 16 août 2017, p. 3). La seule option évoquée tenait à une autre technique (biopsie à ciel ouvert avec mise en place d'un système de fixation de la colonne par 8 vis à 4 niveaux) beaucoup plus invasive mais comportant les mêmes risques, selon le Dr D. \_\_\_\_\_, solution qui n'a dès lors, à juste titre, pas été présentée à la patiente (pv du 16 août 2017, p. 14).

### **E. 3.6.2**

S'agissant de manière générale des informations données à la demanderesse sur les risques encourus, il y a lieu d'observer que cette dernière a d'abord répondu strictement par la négative lors de son audition et déclaré qu'on ne lui en avait pas parlé, précisant que "quand on vous annonce un cancer, on a l'impression qu'il continue d'évoluer sans cesse, on veut au plus vite commencer un traitement, voilà ce qui [lui] a fait adhérer à l'opération proposée (pv du 16 août 2017, p. 3). Plus tard, elle a néanmoins admis que le Dr D. \_\_\_\_\_ lui avait parlé "des risques d'embolie pulmonaire comme toute opération" (pv du 16 août 2017, p. 4). Outre la contradiction qu'il y a lieu de souligner entre ces affirmations, les réponses de la demanderesse révèlent en réalité ce sur quoi s'est focalisée son attention durant les jours et les heures précédant l'intervention du 16 août 2011, à savoir pour l'essentiel combattre au plus vite son cancer par un traitement adéquat. La demanderesse n'a ainsi vraisemblablement retenu de toutes les discussions et informations menées autour de l'existence d'un cancer et de l'intervention litigieuse que ce qui l'intéressait véritablement, attitude que l'on comprend par ailleurs aisément, à savoir comment combattre de manière ciblée la maladie. On en veut pour preuve ses déclarations du 12 août 2011 lorsqu'elle a appris que la biopsie du sein s'était révélée négative: elle aurait été "un peu déçue" de ces résultats négatifs. "Elle s'était déjà proje[t]ée avec cette maladie et envisageait les [traitements]. A de la peine à rester dans l'inconnu, à ne pas connaître la tumeur primaire (...)" ("liste de suivis", p. 7). La demanderesse a par ailleurs encore insisté sur cet aspect des choses lors de son audition du 16 août 2017 (pv du 16 août 2017, p. 6). Il résulte en outre de ce qui précède que A. \_\_\_\_\_, dans l'état d'esprit dans lequel elle était, ne pouvait quoiqu'il en soit qu'accepter l'intervention envisagée qui consistait en un passage obligé afin

de pouvoir, dans un deuxième temps, lutter contre le cancer de manière correcte. Le Dr H. \_\_\_\_\_ évoque même une intervention inéluctable (pv du 16 août 2017, p. 10). La demanderesse avait en outre compris, aussi de par sa formation - sur laquelle l'on reviendra ci-dessous - qu'elle n'avait tout simplement pas le choix, également du point de vue des douleurs subies mais surtout des suites neurologiques graves pouvant résulter d'une vertèbre fracturée non consolidée. Ce n'est qu'à la question insistante de son mandataire lors de son audition qu'elle déclare finalement qu'elle aurait renoncé à l'intervention si elle avait été correctement informée (pv du 16 août 2017, p. 5). En effet, spontanément, elle n'a pas affirmé cela, se bornant à évoquer qu'elle aurait demandé conseil à Berne ou au CHUV "pour voir ce qu'il y avait à faire" (pv du 16 août 2017, p. 5 plus haut).

### **E. 3.6.3**

S'agissant ensuite des risques encourus de manière générale, n'en déplaise à la demanderesse, si sa formation de technicienne en radiologie ne dispense à l'évidence aucunement le corps médical de lui donner des informations destinées à permettre un consentement éclairé, il y a lieu de rappeler que le contenu même des informations est modulé en fonction des connaissances scientifiques du patient. Or, de par sa formation, elle ne pouvait pas être sans savoir que la seule proximité immédiate de la moelle épinière de la vertèbre à biopsier comportait des risques neurologiques, comme en convient la Dresse G. \_\_\_\_\_, avec des risques de paralysie plus importants, par exemple en comparaison avec une biopsie du bassin (pv Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 du 16 août 2017, p. 8). Force est même d'admettre qu'un laïc en la matière est au fait de ce genre de complications neurologiques. En outre, la patiente a admis n'avoir posé aucune question, ni à B. \_\_\_\_\_, ni à C. \_\_\_\_\_ (pv du 16 août 2017, p. 4 et 5), ce qui laisse songeur lorsque l'on sait à quel point elle était inquiète et cherchait à être rassurée, compte tenu aussi de sa formation qui tient du domaine de la médecine. On peut en conclure, comme l'autorise la jurisprudence, que les médecins étaient en droit d'admettre que les choses étaient claires pour elle et que les informations étaient suffisantes pour lui permettre de se décider en connaissance de cause. Il en va de même de l'Instance de céans. Enfin, soulignons que la lettre du 7 septembre 2011, destinée à l'hôpital, que le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait lire à la demanderesse avant son envoi n'a suscité strictement aucune remarque de sa part quant aux risques qu'il affirme avoir portés à sa connaissance. Elle s'est en effet bornée à relever une erreur dans la date de l'intervention (pv du 16 août 2017, p. 5).

### **E. 3.6.4**

S'agissant des risques induits en particulier par une vertébroplastie, pareille opération présente des complications neurologiques potentielles graves, dues à des fuites de ciment dans le canal rachidien par exemple. D'après le Dr I. \_\_\_\_\_, ces risques sont toutefois rares (pv du 12 décembre 2017, p. 4). Il a précisé qu'ils se situent en-dessous de 1 % (pv du 12 décembre 2017, p. 6) et indiqué qu'il ne tenait pas ses propres patients au courant de ce risque (rare) de lésions neurologiques (pv du 12 décembre 2017, p. 6). S'agissant d'une vertébroplastie sur une lésion tumorale, les risques neurologiques sont en revanche beaucoup plus élevés et pourraient atteindre les 30 % (audition du Dr H. \_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 11; audition du Dr D. \_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 14). Une telle opération peut enfin entraîner des fuites de ciment dans les veines avec des risques d'embolie pulmonaire (audition du Dr H. \_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 11; audition du Dr D. \_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 14). Il y a ainsi lieu d'admettre que l'attention de la patiente devait à l'évidence expressément être attirée sur les risques encourus par la

technique même de la vertébroplastie dans un contexte tumoral et qu'il n'y a pas de place pour un consentement hypothétique. A cet égard, la demanderesse reconnaît que le risque d'embolie pulmonaire a été évoqué par le Dr D.\_\_\_\_\_, mais elle précise "comme toute opération" (pv du 16 août 2017, p. 4). Toutefois, dès lors que l'attention des patients n'a pas à être attirée sur ce genre de dangers usuels en cas d'opération d'une certaine gravité, l'information donnée par le Dr D.\_\_\_\_\_ ne pouvait que porter sur les risques spécifiques d'embolie liés aux fuites de ciment dans les veines. Ceci permet d'en inférer que le chirurgien lui a bien fait part des risques encourus en cas de vertébroplastie. Cela étant, l'intéressée prétend que son attention n'a précisément pas été attirée sur d'éventuelles fuites de ciment en cours d'intervention (pv du 16 août 2017, p. 4). Toutefois, elle admet avoir à tout le moins "suppos[é] qu'une aiguille serait implantée dans le corps vertébral". Elle reconnaît en outre qu'on lui a "expliqué que la vertébroplastie constituait à insérer du ciment dans la vertèbre fracturée" et qu'au préalable il serait procédé à une biopsie (pv du 16 août 2017, p. 4). Force est d'admettre ainsi qu'elle a bien été informée du déroulement de l'opération - sans qu'il soit nécessaire que cela soit dans les moindres détails -, comme d'ailleurs de la technique opératoire. Compte tenu des explications données ainsi que du risque élevé de complications dues à des fuites de ciment en présence d'une vertèbre tumorale, il n'apparaît pas crédible qu'elle n'ait pas été informée de ces derniers, qui plus est à deux reprises, tant à B.\_\_\_\_\_ qu'à C.\_\_\_\_\_. Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 L'ensemble des circonstances laisse au contraire inférer que la demanderesse en a été correctement informée et ce, même à répétées reprises, ce que soutiennent également les experts (expertise, p. 15 et 16; traduction de l'expertise, p. 9 et 10).

### **E. 3.6.5**

En effet, sur le site de B.\_\_\_\_\_, la première, la Dresse G.\_\_\_\_\_, laquelle a participé à l'indication opératoire mais qui n'a pas vu la demanderesse avant l'opération, déclare avoir insisté auprès de ses confrères sur les risques neurologiques qu'encourait la patiente (pv du 16 août 2017, p. 8). De plus, comme la vertèbre métastasée se trouvait tout près de la moelle épinière, l'intervention "n'était plus de la compétence" du site de B.\_\_\_\_\_ et de ses radiologues (audition de la Dresse G.\_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 7). Force est d'admettre, dans ces circonstances, que les médecins ont dû donner des explications sur les risques neurologiques en question dès lors que la demanderesse ne voulait pas aller à C.\_\_\_\_\_ et que le transfert lui était précisément imposé en raison de ces derniers. Enfin, les termes "biopsie" et "cimenter" utilisés pour décrire l'intervention vont également dans ce sens. En outre, le Dr H.\_\_\_\_\_ admet que ce n'est pas lui qui a parlé le premier de l'intervention à la patiente, ce que confirme la "liste des suivis". Il l'a fait toutefois par la suite. Il se souvient ne "pas avoir été dans les détails", mais avoir soutenu que l'opération était indispensable. Pour lui, "certainement" que les risques encourus ont été présentés à la patiente, en présence d'une intervention délicate à la moelle épinière (pv du 16 août 2017, p. 11). Enfin, faisant usage de multiples précautions en raison du temps écoulé depuis les faits, il a néanmoins tenu à préciser qu'il n'est pas d'usage d'envoyer un patient à C.\_\_\_\_\_ sans lui donner des explications (pv du 16 août 2017, p. 12). Pour le Dr I.\_\_\_\_\_ également, comme elle venait d'un autre hôpital, il érige en présomption le fait qu'elle devait être au courant de l'opération qu'elle devait subir (pv du 12 décembre 2017, p. 4). Ces éléments, pour le moins objectifs, parlent aussi en faveur d'une information suffisante en termes de risques potentiels. Il en résulte qu'il doit être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance, que, déjà sur le site de B.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_ disposait des informations utiles, en termes de déroulement de l'opération et de risques encourus, pour lui permettre de donner

son accord à dite intervention en connaissance de cause.

### **E. 3.6.6**

De même, il faut convenir que, sur le site de C.\_\_\_\_\_, la demanderesse a obtenu les éléments nécessaires pour exprimer son consentement éclairé à la vertébroplastie du 16 août 2011. Si, certes, les affirmations du Dr D.\_\_\_\_\_ dans le protocole opératoire ainsi que dans son courrier du 7 septembre 2011 à la direction du HFR ne permettent pas d'établir que les choses se sont bien déroulées comme il le prétend, les autres circonstances viennent là aussi apporter du crédit à ses déclarations. Ainsi, le Dr D.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il existait une procédure standardisée d'information au patient à l'hôpital (pv du 16 août 2017, p. 14), toutefois, à l'époque sans formulaire standardisé dit "de sécurité du patient" avec check-list (pv du 16 août 2017, p. 15 in fine). Dans le cas de A.\_\_\_\_\_, dès lors qu'elle arrivait en provenance d'un autre site, la procédure a été quelque peu différente. Le chirurgien s'est entretenu avec la patiente, en présence du Dr I.\_\_\_\_\_ et d'une infirmière. Il s'est présenté à elle et déclare lui avoir présenté la technique choisie (pv du 16 août 2017, p. 14 in fine). Il était prévu ensuite qu'un assistant passe chez elle un peu plus tard pour lui apporter le formulaire de consentement, décrivant ce qui avait été dit oralement. En raison d'un problème avec un autre patient, le formulaire n'a toutefois jamais été donné à l'intéressée pour Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 signature (pv du 16 août 2017, p. 15). Le Dr D.\_\_\_\_\_ explique, en résumé, que l'intervenant, puis le chef de clinique ou un assistant - avec le formulaire pour récolter la signature du patient - et enfin les anesthésistes passent séparément chez le futur opéré, laissant entre les différentes visites assez de temps pour permettre à l'intéressé de réfléchir et de poser des questions (pv du 16 août 2017, p. 16). Le Dr I.\_\_\_\_\_ explique que le chirurgien appréhendait toujours de la même manière ses interventions auprès des patients et qu'il était en particulier exhaustif dans la discussion portant sur la technique et les risques chirurgicaux encourus. Il précise que, pour avoir entendu à réitérées reprises les mêmes discours de sa part, si ce dernier n'avait pas été exhaustif ce jour-là, cela n'aurait pas manqué de le marquer (pv du 12 décembre 2017, p. 3). Il affirme en outre que le Dr D.\_\_\_\_\_ avait l'habitude de ce genre d'interventions pour en avoir pratiqué un nombre important (pv du 12 décembre 2017, p. 4), que l'intéressé chiffre par ailleurs à ce jour à 1500, dont 400 dans un contexte tumoral (audition du Dr D.\_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 13). Enfin, le témoin a encore ajouté qu'en 2011 on était strict sur les processus d'information et de consentement (audition du Dr I.\_\_\_\_\_, pv du 12 décembre 2017, p. 6). Les déclarations du Dr I.\_\_\_\_\_, mesurées en raison du temps écoulé depuis la survenance des faits, font manifestement preuve d'objectivité. Elles viennent en outre confirmer les propos du Dr D.\_\_\_\_\_, notamment sur l'existence d'un processus d'informations bien rodé dont rien ne permet de penser qu'il aurait subi, dans le cas de A.\_\_\_\_\_, des entraves quelconques, mis à part la signature manquante sur le formulaire. En particulier, si l'intervention devait rapidement avoir lieu, le matin de l'intervention, aucune urgence en lien avec la demanderesse n'est venue chambouler le déroulement de sa prise en charge avant l'opération. Force est ainsi d'admettre qu'à C.\_\_\_\_\_ également, A.\_\_\_\_\_ a reçu toutes les informations nécessaires à son consentement éclairé.

### **E. 3.7**

Sur le vu de tout ce qui précède, compte tenu des hospitalisations successives à B.\_\_\_\_\_ puis à C.\_\_\_\_\_, des processus rodés existant en termes d'informations au patient, des risques spécifiques à l'intervention avec un haut taux de probabilité et des témoignages

convergençs, mais compte tenu aussi de l'état d'esprit de l'intéressée, il apparaît, au degré de vraisemblance requis, que cette dernière a adhéré à l'opération du 16 août 2011 en toute connaissance de cause. En raison des deux hospitalisations successives et de la date à laquelle la vertébroplastie a été évoquée la première fois (12 août 2011), il y a lieu de considérer par ailleurs que la demanderesse a eu suffisamment de temps de réflexion pour demander des avis à des tiers et adhérer librement à l'intervention du 16 août suivant. Rappelons simplement à cet égard qu'elle n'a posé aucune question ni à B.\_\_\_\_\_, ni à C.\_\_\_\_\_, permettant d'en conclure que les informations données lui étaient suffisamment claires pour se déterminer.

#### **E. 4.1**

Comme déjà évoqué, la notion d'illicéité est la même en droit privé fédéral et en droit public cantonal de la responsabilité. Le personnel chargé des soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) est tenu de respecter les règles de l'art médical, afin de protéger la vie ou la santé du patient. Il doit observer la diligence requise, déterminée selon des critères objectifs. La notion d'illicéité rejoint ici celle de violation du devoir de diligence, appliquée en matière de responsabilité contractuelle (arrêt TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 2.2). Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens. Savoir si le médecin ou l'un de ses auxiliaires a violé son devoir de diligence est une question de droit; dire s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relève du fait (ATF 133 III 121 consid. 3.1). Si le propre de l'art médical consiste, pour le médecin et ses auxiliaires, à obtenir le résultat escompté grâce à leurs connaissances et à leurs capacités, cela n'implique pas pour autant qu'ils doivent atteindre ce résultat ou même le garantir, car le résultat en tant que tel ne fait pas partie de leurs obligations; le médecin exerçant au sein d'un établissement de droit public et son patient sont en effet liés par un contrat de mandat (cf. art. 394 ss CO, par renvoi de l'art. 61 CO). L'étendue du devoir de diligence qui incombe au personnel médical se détermine selon des critères objectifs. Les exigences qui doivent être posées à cet égard ne peuvent pas être fixées une fois pour toutes; elles dépendent des particularités de chaque cas, telles que la nature de l'intervention ou du traitement et les risques qu'ils comportent, la marge d'appréciation, le temps et les moyens disponibles, la formation et les capacités du médecin et de ses auxiliaires (ATF 133 III 121 consid. 3.1). La violation du devoir de diligence ne doit cependant pas être comprise en ce sens qu'elle inclurait toutes les mesures ou abstentions qui, considérées a posteriori, se sont révélées dommageables. Le personnel médical ne répond pas de tous les risques liés à un acte médical ou à la maladie même. Il exerce une activité exposée à des dangers et le droit de la responsabilité civile doit en tenir compte. Dans le diagnostic comme dans le choix d'une thérapie ou d'autres mesures, le médecin dispose souvent, selon l'état objectif de la science, d'une marge d'appréciation qui autorise un choix entre les différentes possibilités entrant en considération. Aussi n'engage-t-il pas nécessairement sa responsabilité pour ne pas avoir trouvé la solution qui était objectivement la meilleure lorsque l'on en juge ex post. Il ne manque à son devoir que si un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical apparaît indéfendable au regard de l'état de la science médicale et sort donc du cadre de l'art médical considéré de manière objective (arrêts TF 4A\_267/2014 du 8 octobre 2014 consid. 3; 4A\_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.1; 4A\_48/2010 du 9 juillet 2010 consid. 6.1; voir aussi: ATF 133 III 121 consid. 3.1; 130 IV 7 consid. 3.3; 120 Ib 411 consid. 4).

## **E. 4.2**

Il est de jurisprudence qu'une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC et doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6; 140 III 24 consid. 3.3.3; arrêt TF 4A\_318/2016 du 3 août 2016 consid. 3.1). Cela étant, lorsqu'une expertise FMH n'est pas ordonnée par l'autorité mais mise en œuvre en commun par les parties, avant le prononcé de la décision statuant sur la responsabilité, elle ne peut être assimilée à un simple allégué de partie et constitue un moyen de preuve sur lequel se fonder (arrêt TF 4A\_18 /2025 du 22 septembre 2015 consid. 3.1). De même, la doctrine considère qu'il y a lieu d'aménager une place spéciale aux expertises FMH auxquelles il y a lieu de conférer en principe pleine valeur probante (LANDOLT/HERZOG, p. 504. n. 1559).

## **E. 4.3**

En l'espèce, la demanderesse a proposé à l'hôpital le 7 septembre 2012 de mettre en œuvre une expertise extra-judiciaire par le biais de la FMH, proposition à laquelle ce dernier a adhéré par courrier du 20 septembre suivant. Le 28 février 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le PD Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, ont déposé leur rapport. Enfin, le 25 mars 2015, l'hôpital a rejeté les prétentions de l'intéressée, dans le cadre de la procédure préalable et, le 18 septembre 2015, celle-là a intenté la présente action, dans le cadre de laquelle elle conteste au rapport précité la valeur d'expertise. Tribunal cantonal TC Page 15 de 17  
L'expertise FMH a pourtant été mise sur pied sur proposition de la demanderesse, d'un commun accord avec l'hôpital et a été déposée avant que ce dernier ne s'exprime sur ses conclusions ainsi qu'avant le dépôt de la présente action. Il s'ensuit que le rapport en question ne constitue pas un simple allégué de partie - d'ailleurs encore faudrait-il savoir de laquelle - et doit être tenu pour un moyen de preuve dont il y a toutefois encore lieu de vérifier la valeur probante.

## **E. 4.4**

L'expertise FMH se fonde sur l'examen de la patiente ainsi que sur les auditions des Dr D. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_. Elle liste les rapports, analyses, IRM et radiographies qui ont été mis à la disposition des experts et en fait même des résumés. Elle comprend l'anamnèse de la patiente, les plaintes de cette dernière ainsi qu'une appréciation portant sur la question du consentement mais également sur celle de la violation des règles de l'art. Ses conclusions sont claires et convaincantes, de sorte qu'il y a lieu de lui accorder, formellement, pleine valeur probante. Il n'y a en particulier pas de contradiction entre ce que relate le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 7 septembre 2011 à l'hôpital et le rapport d'expertise: la même canule "a été extraite et remplacée avec une autre angulation", ce que reprennent les experts en parlant de modification de la position de l'aiguille (expertise, p. 19; traduction de l'expertise, p. 12). De même, l'aiguille a bel et bien été insérée dans le corps vertébral, contrairement à ce que prétend la demanderesse, mais n'y a en revanche pas trouvé d'appui latéral (expertise, p. 19; traduction de l'expertise, p. 12).

### **E. 4.4.1**

Sur le fond, il y a lieu de relever que ce ne sont pas les risques spécifiques à une vertébroplastie qui se sont réalisés mais les risques liés à une intervention sur une vertèbre tumorale proche de la moelle épinière. L'abord percutané a provoqué les complications subies par la demanderesse et la technique choisie n'y est pour rien (cf. audition du Dr

D.\_\_\_\_\_, pv du 16 août 2017, p. 14). D'après les experts, la mise en place de l'aiguille a abouti à un mauvais positionnement (expertise FMH, p. 18; traduction en français, p. 12). Pour eux, "le Dr D.\_\_\_\_\_ a choisi les techniques opératoires usuelles à ce moment-là et encore aujourd'hui dans une telle situation et on ne saurait donc lui reprocher d'avoir contrevenu aux règles de bonne pratique médicale. Dans ce genre d'interventions, les fuites de ciment constituent les principaux écueils et tout le soin nécessaire a été apporté dans le cas présent pour les éviter. Un mauvais positionnement de l'aiguille induisant une complication est une situation tellement exceptionnelle qu'elle n'est même pas évoquée dans la littérature et surprendrait même un opérateur extrêmement expérimenté. Le reflux de liquide céphalorachidien n'est qu'une indication de la position de l'aiguille et n'indique de loin pas une lésion médullaire. L'examen pondéré de toutes les données disponibles ne permet pas de reprocher au Dr D.\_\_\_\_\_ le non-respect des règles de bonne pratique médicale" (expertise, p. 19; traduction en français, p. 12). Les conclusions des experts sont claires. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a choisi la bonne technique et l'a appliquée sans que l'on ne puisse lui faire le moindre reproche. Pour les experts, les complications subies par la demanderesse dues à un mauvais positionnement de l'aiguille sont tellement rares qu'elles ne sont même pas évoquées par la doctrine médicale. Partant, force est d'en conclure qu'aucune violation des règles de l'art ne peut être retenue à l'encontre du Dr D.\_\_\_\_\_.

#### **E. 4.4.2**

Il est vrai que les experts ne s'expriment pas sur l'abord percutané par la droite, soit du côté de la vertèbre tumorale, plutôt que du côté gauche. S'ils ne l'ont pas fait expressément, c'est que cette question n'était pas déterminante pour eux. Ils se sont par ailleurs exprimés après un examen de "toutes les données disponibles", ont-ils précisé. En effet, la décision de procéder par Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 le côté droit ou plutôt par le côté gauche appartient au seul intervenant et demeure dans le cadre de sa liberté d'appréciation, compte tenu de l'ensemble des circonstances de l'espèce. Le Dr I.\_\_\_\_\_ confirme qu'il s'agit bien de la liberté de choix de l'opérateur (pv du 12 décembre 2017, p. 5). Ici, en particulier, le Dr D.\_\_\_\_\_ a en outre expliqué de manière convaincante que le côté droit doit être mis en lien avec la lésion et la biopsie qu'il devait réaliser; en passant par la gauche, il n'aurait pas eu la garantie d'obtenir une réponse histologique suffisante pour permettre un diagnostic précis (pv du 16 août 2017, p. 13), hypothèse également rapportée par le Dr I.\_\_\_\_\_ (pv du 12 décembre 2017, p. 5). Ce dernier précise néanmoins que, pour sa part, compte tenu de ses propres capacités et en l'absence de vision claire - sans référence à la présente espèce -, il aurait toutefois opté pour le côté gauche (pv du 12 décembre 2017, p. 5). Ceci ne change rien à ce qui précède, à savoir que le choix revenait à l'intervenant. Cette option apparaît en effet tout à fait défendable et sort même de l'art médical au sens objectif du terme. D'ailleurs, certains des prélèvements, même effectués par la droite, n'ont effectivement ramené que du sang (expertise, p. 5; traduction de l'expertise, p. 2). Quant au chirurgien, il concède effectivement que "c'est le geste humain. On a la prudence on essaie de faire notre travail correctement et malheureusement c'est le geste de la main" (pv du 16 août 2017, p. 16), lui qui précise encore que c'est la seule complication qu'il n'ait jamais connue au cours d'une cyphoplastie (pv du 16 août 2017, p. 16). Il importe peu que le chirurgien ait indiqué qu'il n'aurait évidemment pas été procédé à cette intervention, si le diagnostic avait été posé (pv du 16 août 2017, p. 14). En effet, à l'évidence, si le myélome multiple avait été connu avant le 16 août 2011, la biopsie n'aurait pas été nécessaire. Cela étant, tous les autres témoins ont insisté sur la nécessité du cimentage de la vertèbre en vue d'éviter les risques neurologiques qui y sont liés et de soulager la patiente, voire sur son

caractère inéluctable. Ainsi, quoiqu'il en soit, la vertébroplastie aurait de toute manière eu lieu. Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire comme requis par la demanderesse. Il n'est pas non plus utile de se faire produire les pièces relatives aux biopsies mammaires, colonnes et de la crête iliaque, les résultats de laboratoires ainsi que les documents attestant du suivi radiologique effectué, notamment pendant l'intervention, comme demandé. Toutes ces pièces étaient en effet en main des experts et, pour les plus essentielles d'entre elles, ont fait l'objet de résumés de leur part (cf. expertise, p. 1 à 3, puis p. 4 à 8) et ne changeraient rien au résultat auquel parvient la Cour de céans, s'agissant du consentement éclairé et du respect des règles de l'art médical. Enfin, les pièces nécessaires à l'examen de ses prétentions ont été produites par la demanderesse elle-même, de sorte que l'hôpital n'avait manifestement pas à les déposer une nouvelle fois.

## E. 5

Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que A. \_\_\_\_\_ a consenti de manière libre et éclairée à l'opération du 16 août 2011 et que les complications survenues au cours de cette dernière ne reposent sur aucune violation des règles de l'art de la part du Dr D. \_\_\_\_\_, respectivement du HFR. Partant, mal fondée, l'action doit être rejetée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner si les autres conditions cumulatives énoncées par l'art. 6 aLRsp sont réalisées. Les frais de procédure, par CHF 2'000.-, sont mis à la charge de la demanderesse, qui succombe, et compensés par l'avance de frais. Il est renoncé ici à faire application du tarif du Tribunal cantonal du 21 janvier 2016 des émoluments pour les contestations portant sur des affaires pécuniaires (RSF 130.16), auquel renvoient les art. 2 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.1) et 21 du règlement cantonal du 30 novembre 2010 sur la justice (RJ; RSF 130.11). Il incombe par ailleurs à la demanderesse de verser une indemnité de partie à l'hôpital, collectivité publique qui a fait appel aux services d'un avocat pour défendre ses intérêts patrimoniaux menacés (art. 139 CPJA) et qui a gagné le procès (art. 137 CPJA). Selon l'art. 8 al. 2 Tarif/JA, en cas d'action, les honoraires sont fixés conformément aux art. 66 et 67 RJ. Dans les causes de nature pécuniaire, ils sont majorés (art. 66 al. 2 RJ) en fonction de la valeur déterminante (art. 66 al. 3 RJ), c'est-à-dire la valeur litigieuse calculée conformément aux art. 91 ss CPC. En l'espèce, celle-ci est fixée par les conclusions de la demande à CHF 599'128.25. Compte tenu de cette valeur, les honoraires doivent être majorés de 130,99 % (art. 66 al. 2 let. a RJ et son Annexe 2). Ils sont calculés sur la base de la liste de frais déposée le 10 août 2018, étant rappelé que le tarif horaire de base est de CHF 250.- (art. 65 RJ), que les débours sont fixés forfaitairement à 5 % de l'indemnité de base sans majoration (art. 68 al. 2 RJ) et que, pour la correspondance, un forfait maximum de CHF 700.- est alloué (art. 67 al. 2 RJ). S'ajoutent enfin les frais de vacation et la TVA, calculée au taux de 8% pour les opérations antérieures au 1er janvier 2018 et à 7,7% à compter de cette date. Les honoraires sont ainsi arrêtés à CHF 25'964.25 dont CHF 1'922.70 au titre de la TVA, à la charge de la demanderesse. la Cour arrête: I. L'action est rejetée. II. Les frais de justice, par CHF 2'000.-, sont mis à la charge de la demanderesse et compensés avec l'avance de frais. III. Il est alloué au défendeur une indemnité de partie de CHF 25'964.25, dont CHF 1'922.70 au titre de la TVA, à la charge de la demanderesse. IV. Notification. Le présent jugement peut, dans un délai de 30 jours dès sa notification, faire l'objet d'un appel auprès de la 1e Cour d'appel civil du Tribunal cantonal. La fixation des montants des frais de procédure et de l'indemnité de partie peuvent, dans un délai de 30 jours, faire l'objet d'une réclamation auprès de l'autorité qui a statué, lorsque seule cette partie de la décision est contestée (art. 148 CPJA).

Fribourg, le 30 août 2018/ape La Présidente: La Greffière-stagiaire:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.