

FR_GERICHTE 601 2021 145 vom 15. September 2022

FR Kantonsgericht, 2022-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_601_2021_145

FR: FR_GERICHTE 601 2021 145 du 15 septembre 2022

IT: FR_GERICHTE 601 2021 145 del 15 settembre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 5

août 2013 s'est révélée globalement normale, mise à part une microangiopathie de la substance blanche. Le status neurologique ne montrait pas d'anomalie particulière. Une ponction lombaire, effectuée le 21 février 2014, a mis en évidence des résultats légèrement en dehors des valeurs usuelles. En conclusion, les précités ont indiqué que "l'ensemble des investigations était évocateur d'un processus neurodégénératif, probablement de type Alzheimer". Ils ont préconisé un traitement par inhibiteur de l'acétylcholinestérase, avec prise d'Aricept pendant 4 semaines puis augmentation de la dose par la suite, ainsi qu'un suivi des hormones thyroïdiennes. Finalement, ils ont prévu de refaire un bilan dans les 6 mois et un rendez-vous a été fixé au 7 octobre 2014. L'intéressée a toutefois préféré se faire suivre par le Centre hospitalier universitaire vaudois (ci- après: CHUV), à la consultation de la mémoire, et a refusé de prendre le traitement d'Aricept. A._____ a remis son cabinet médical et cessé de travailler au 30 juin 2014. B. Le 13 novembre 2014, après avoir subi une IRM cérébrale s'étant révélée sans particularité, le Centre Leenaards de la Mémoire du CHUV a observé que l'évaluation clinique de l'intéressée, au vu de son profil cognitif, de la globale stabilité des troubles, ainsi que des données d'imagerie cérébrale, n'apportait pas d'arguments en faveur d'un processus neurodégénératif débutant. Il a toutefois recommandé de procéder à un bilan d'évolution. Il a aussi mentionné que le traitement de Topamax, selon la dose, était connu pour ses effets délétères sur la cognition et pouvait par conséquent contribuer au tableau cognitif de la concernée. Le 5 décembre 2014, le Service de neurologie du CHUV a également rendu un rapport médical. Il a notamment constaté que A._____ présentait des troubles cognitifs avec difficultés mnésiques et langagières au premier plan, sans atteinte neurologique sensitivomotrice. En outre, il a retenu que la stabilité de l'évaluation neuropsychologique sur les derniers 10 mois et l'IRM cérébrale presque normale étaient plutôt rassurants mais que la durée du suivi était toutefois trop courte, une maladie neurodégénérative restant à envisager. Il a proposé de compléter le bilan par un PET-scan et d'arrêter la prise de Topamax, connu pour être parfois responsable de difficultés cognitives. Il a enfin encore précisé qu'un processus neurodégénératif héréditaire n'était pas à exclure.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 22 Le 10 décembre 2014, le Centre Leenaards de la Mémoire du CHUV a établi un nouveau rapport indiquant que la patiente avait constaté la résolution de ses troubles cognitifs suite à l'arrêt du Topamax. Un processus neurodégénératif débutant n'a toutefois pas pu être exclu. Il a dès lors été proposé à la

concernée de la revoir pour un bilan à une année et de réévaluer à ce moment-là l'indication à l'aide d'examen complémentaires. Le 3 février 2015, le PET-CT de son cerveau n'a pas révélé d'arguments en faveur d'une maladie neurodégénérative et le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été infirmé. C. Par courrier du 16 juillet 2015 adressé à l'HFR, A. _____ a mis en cause la responsabilité du Dr C. _____ et de D. _____, leur reprochant d'avoir posé le diagnostic de maladie d'Alzheimer à la légère et en violation des règles de l'art. Elle a estimé qu'il s'agissait d'une erreur de diagnostic qui avait engendré un tort moral, mais également une perte de gain, dans la mesure où elle avait dû fermer son cabinet médical prématurément. Elle a précisé que le dommage serait chiffré en temps opportun. Le 10 décembre 2015, l'intéressée a présenté ses prétentions provisoires au Conseil d'administration de l'HFR, ne disposant pas encore de tous les éléments pour chiffrer son préjudice. Suite à une nouvelle consultation le 13 janvier 2016 au Centre Leenaards de la Mémoire du CHUV, il a été confirmé que A. _____ ne présentait plus aucun trouble cognitif, la concernée ayant parfaitement récupéré des effets induits par les médicaments. Le 1er février 2016, l'intéressée a présenté à l'HFR ses prétentions chiffrées; elle réclame ainsi CHF 267'988.- à titre de perte de gain, CHF 35'000.- à titre de tort moral et CHF 16'440.85.- à titre de frais d'avocat d'ores et déjà encourus, plus intérêts à 5 % sur les deux premières sommes. En raison du diagnostic de la maladie d'Alzheimer posé par le Dr C. _____, elle a dû mettre un terme à son activité professionnelle de médecin indépendant, dans le courant de l'année 2014 en lieu et place de prendre sa retraite à fin décembre 2015 comme prévu. Dépressive déjà avant le diagnostic, elle explique avoir subi un choc psychique à l'annonce (erronée) de la maladie et développé des idées morbides constantes, jusqu'à des idées suicidaires, souffert notamment de troubles du sommeil, d'irritabilité et d'angoisses. Sa qualité de vie a régressé, car elle a pensé que son espérance de vie était moindre. De plus, elle a eu peur du moindre signe de maladie et a renoncé à ses plaisirs quotidiens comme prendre ses petits-enfants en voiture, craignant d'être victime d'une défaillance. D. Le Prof. Dr E. _____, spécialiste en neurologie, a été mandaté en tant qu'expert d'un commun accord entre les parties. Dans son expertise du 1er juin 2017, le précité a expliqué qu'il n'était généralement pas possible de poser un diagnostic avec certitude en présence de troubles cognitifs débutants. Il a précisé, "qu'en l'occurrence, si le diagnostic de maladie d'Alzheimer ne pouvait être formellement exclu, les examens à disposition ne le rendaient pas probable, d'autant plus qu'il existait des médicaments pris par la patiente qui pouvaient considérablement modifier son état cognitif, et qu'il convenait en premier lieu d'interrompre" (expertise E. _____, p. 7, réponse à la question 5D). Malgré ce qui précède, il a toutefois nié qu'il s'agisse d'une violation des règles de l'art au sens d'une faute mais il a admis l'existence d'une erreur. Il a souligné que "l'erreur de diagnostic repose sur le fait de n'avoir pas considéré les médicaments psychotropes (et à un moindre degré à contribution possible d'un syndrome d'apnées du sommeil) [dans] l'étiologie des troubles cognitifs" (expertise E. _____, p. 8, réponse à la question 6C). S'exprimant sur le fait que le Dr C. _____ a soutenu le projet de la patiente d'interrompre son activité professionnelle, l'expert

Tribunal cantonal TC Page 4 de 22 a estimé qu'"encourager de telles décisions dans le contexte d'un diagnostic incertain, comme dans le cas présent, était prématuré, mais ne peut être considéré formellement comme une faute, (...)" (expertise E. _____, p. 8, réponse la question 6D). Le 11 décembre 2018, l'expert a répondu à des questions complémentaires. Dans sa détermination du 18 avril 2019, l'intéressée, s'appuyant sur les réponses de l'expert, a expliqué les raisons pour lesquelles le Dr C. _____ avait violé selon elle les règles de

l'art, respectivement son devoir de diligence. Le 30 mars 2020, l'HFR a annoncé qu'il entendait rejeter totalement la demande d'indemnité. Le 12 octobre 2020, la concernée s'est exprimée sur les motifs invoqués et a produit une expertise privée du Prof. Dr F. _____, spécialiste en neurologie, du 11 juillet 2020. E. Par décision du 12 juillet 2021, l'HFR a rejeté les prétentions de A. _____. Il a affirmé que le diagnostic du 8 avril 2014 avait été formulé de façon à laisser planer un doute. En l'état actuel de la science, il n'est en outre à son sens pas possible de poser un diagnostic de maladie d'Alzheimer de façon certaine. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'une consultation avait été fixée à distance de six mois. L'HFR a également relevé que les médecins du CHUV avaient bénéficié d'un temps de recul dont les siens n'avaient pas pu bénéficier, mais qui avait pourtant bien été proposé à l'intéressée. Concernant le rôle joué par les médicaments, A. _____ avait déclaré qu'elle prenait du Topamax à raison de 25 mg/jour. Ce médicament peut certes avoir des effets secondaires, notamment des troubles de la mémoire, mais ceux-ci sont dose-dépendants. En particulier, de tels troubles apparaissent à un taux de 5.1% pour une dose quotidienne s'élevant de 200 à 400 mg/jour. Avec une dose de 50 mg/jour, cet effet ne survient que dans 1.2% des cas. En outre, il ressort de l'expertise que l'intéressée prenait en outre du Buscopan à raison de 10 mg/deux fois par jour. Or, l'HFR affirme que la concernée ne l'a pas mentionné lors de sa consultation auprès du Dr C. _____. Ainsi, il s'avère que, si les effets secondaires liés à la prise de médicament ont été sous-évalués par ce dernier, c'est en raison des informations manquantes. En ce qui concerne le PET-CT cérébral, l'autorité intimée a relevé que la sensibilité de cet examen varie entre 74% à 76% et, selon la doctrine médicale, il n'est pas recommandé de l'effectuer de façon systématique en pratique clinique. Ainsi, s'agissant de situations débutantes, il est estimé comme peu contributif. Ensuite, l'HFR est d'avis que la question de la pertinence de la prescription d'Aricept, alors que le diagnostic était incertain et provisoire, n'a pas à être tranchée. Le médicament n'a pas été pris par l'intéressée; elle n'a, partant, pas pu subir de quelconque atteinte. De plus, l'HFR estime que l'intéressée n'a pas été contrainte d'arrêter son activité de médecin indépendante et que la mise en garde y relative du Dr C. _____ a été pertinente en raison de ses troubles cognitifs présents durant la phase d'observation. Concernant le tort moral, la psychiatre G. _____, dans son rapport du 30 décembre 2015, ne fait que confirmer un diagnostic de dépression et d'anxiété préexistant chez l'intéressée ainsi qu'un traitement par antidépresseur Cipralex 10 mg, que cette dernière prenait d'ailleurs déjà avant le début de son suivi chez la psychiatre. Elle ne réussit pas à établir à satisfaction de droit un quelconque lien de causalité avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 En conclusion, l'autorité intimée estime qu'il n'y a pas eu de violation des règles de l'art et que l'intéressée n'a pas subi de dommage du fait du diagnostic retenu par le Service de neuropsychologie et logopédie de l'HFR B. _____. Ainsi, sa responsabilité n'est pas engagée, entraînant le rejet de la demande d'indemnité déposée le 1er février 2016. F. Par acte du 14 septembre 2021, A. _____ recourt contre dite décision auprès du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que le recours et la demande d'indemnités soient admis et que l'HFR soit condamné à lui verser CHF 267'988.- avec intérêts compensatoires à 5% l'an dès le 1er janvier 2015 à titre de perte de gain, plus CHF 35'000.- avec intérêts dès le

E. 5.1

Comme déjà mentionné, en vertu de l'art. 6 al. 1 LResp, les collectivités publiques répondent du préjudice que leurs agents causent d'une manière illicite à autrui dans

l'exercice de leurs fonctions.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 Il y a causalité naturelle entre deux événements lorsque, sans le premier, le second ne se serait pas produit; il n'est pas nécessaire que l'événement considéré soit la cause unique ou immédiate du résultat. L'existence d'un lien de causalité naturelle entre le fait générateur de responsabilité et le dommage est une question de fait que le juge doit trancher selon la règle de la vraisemblance prépondérante. En pareil cas, l'allègement de la preuve se justifie par le fait que, en raison de la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée de celui qui en supporte le fardeau (ATF 133 III 462 consid. 4.4.2 et les arrêts cités). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (arrêt TF 4A_297/2015 du 7 octobre 2015 consid. 4.2; ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les arrêts cités). Quant à la causalité adéquate, elle existe lorsque le comportement incriminé était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit. S'agissant d'une question de droit, c'est au juge qu'il appartient de la trancher, et non pas aux experts médicaux. Toutefois, si, en principe, le juge n'est pas lié par les conclusions d'une expertise judiciaire, il ne saurait s'en écarter sans motifs sérieux et doit motiver sa décision sur ce point (arrêts TF 4A_315/2011 du 25 octobre 2011 consid. 3.2; 4C.88/2004 du 2 juin 2004 consid. 4.1 et les arrêts cités). Cela étant, le caractère adéquat d'une cause ne suppose pas que l'effet considéré se produise généralement, ni même qu'il soit courant. Il suffit qu'il s'inscrive dans le champ raisonnable des possibilités objectivement prévisibles (arrêt TF A_65/2019 du 18 février 2020 consid. 5.1; ATF 143 III 242 consid. 3.7; 139 V 176 consid. 8.4.2; 96 II 392 consid. 2).

E. 5.2

En l'espèce, la recourante prétend que la cessation de son activité professionnelle et la remise de son cabinet sont en lien de causalité avec la violation du devoir de diligence dont répond l'HFR. Il n'est pas contesté que la recourante, âgée de 68 ans lorsque le diagnostic a été posé, pouvait tout à fait prétendre continuer à travailler jusqu'à ses 70 ans dans son cabinet de médecin, comme elle voulait le faire. Toutefois, pour la Cour, l'arrêt de son activité professionnelle est certes en lien naturel de causalité avec le diagnostic posé mais ce lien n'est pas adéquat. Le rôle joué par le Dr C._____ à cet égard n'est pas des plus clair, même s'il semblerait que la recourante lui ait demandé son avis et qu'il aurait soutenu son projet d'interrompre son activité professionnelle, toutefois sans l'évoquer d'emblée (expertise E._____, p. 8, réponse à la question 6D). La recourante admet que le Dr C._____ s'est exprimé sur le sujet en réponse à sa propre question (mémoire de recours, p. 58). Il n'est ainsi nullement prétendu que ce serait le médecin qui le lui aurait demandé ou exigé de le faire. Il ressort par ailleurs des expertises que, en l'absence de difficultés au niveau de l'activité de médecin généraliste, il pouvait paraître raisonnable que l'intéressée continue son travail, sans considération de la formulation du diagnostic, pour un temps, à condition, précise l'expert F._____, que cette option ait été discutée de manière appropriée, en indiquant les problèmes qui pourraient survenir. En revanche, si les symptômes devaient s'aggraver, un arrêt de travail temporaire, voire définitif, aurait dû être sérieusement considéré (expertise F._____, p. 12,

Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 réponse à la question 7a). De même, pour l'expert E._____, il était prématuré de suggérer ou de soutenir l'idée d'une interruption rapide de

l'activité médicale, puisque la patiente restait active, apparemment sans problème majeur avec ses patients; un recul aurait certainement été préférable (expertise complémentaire E. _____, p. 8, réponse à la question 38). Elle aurait pu poursuivre son activité quelques semaines à quelques mois, permettant aussi de mieux juger l'évolution (expertise complémentaire E. _____, p. 8 réponse à la question 39); enfin, les troubles cognitifs ne constituaient pas une entrave majeure et ne justifiaient en tout cas pas une dénonciation d'incapacité à l'autorité compétente (expertise complémentaire E. _____, p. 8, réponse à la question 40). Dans le contexte précité, il apparaît dès lors que la recourante n'avait aucune raison d'arrêter immédiatement son activité et de remettre son cabinet comme elle l'a fait. D'une part, quand bien même le médecin de l'HFR l'a soutenue dans sa démarche, il ne l'a aucunement contrainte à le faire, il ne l'a pas non plus dénoncée ou menacée de la dénoncer aux autorités compétentes. D'autre part, son état d'alors ne justifiait aucunement la cessation définitive de son activité de manière aussi précipitée; il n'y avait manifestement pas péril en la demeure. De plus, un bilan à six mois était d'ores et déjà prévu. Enfin, soulignons que la recourante est médecin, qu'elle connaissait sans aucun doute les difficultés pour poser un tel diagnostic et qu'elle a été en mesure de refuser net de suivre la prescription d'Aricept, malgré l'état dans lequel elle prétend que la nouvelle l'avait mise. Rien ne l'empêchait en outre d'attendre le bilan prévu à l'automne ou, dans l'intervalle, de solliciter un second avis médical avant de cesser définitivement son activité, comme elle l'a fait pour le diagnostic posé. Cas échéant, elle aurait dû commencer par suspendre provisoirement son travail plutôt que d'opter pour la solution radicale. Force est ainsi d'admettre que la fermeture du cabinet résulte d'un choix libre et personnel et que, dans les circonstances évoquées, celle-ci était prématurée. Partant, si l'arrêt de son activité professionnelle est en lien naturel de causalité avec le diagnostic posé, celui-ci n'était à l'évidence pas propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner la remise immédiate et définitive de son cabinet dont la recourante est au final bien la seule responsable. L'intéressée prétend en outre que le diagnostic erroné lui aurait causé une dépression grave entraînant une incapacité de travail. Elle semble vouloir en déduire que cette incapacité de travail l'a également conduite à arrêter prématurément son activité professionnelle. A cet égard, force est d'emblée de relever que l'intéressée n'entendait pas pratiquer au-delà de la fin 2015-début 2016, atteignant ses 70 ans courant 2016. Or, il n'est nullement établi qu'elle aurait subi une incapacité de travail du fait du diagnostic erroné durant ces années-là. Si elle a consulté un psychiatre entre 2014 et 2015 notamment, elle n'a pas poursuivi sa démarche auprès du thérapeute en question. L'intéressée a par la suite été traitée par deux autres psychiatres avec lesquels elle n'a pas non plus continué ses démarches. En 2018, elle s'adresse au Dr H. _____, psychiatre, qui va la suivre jusqu'en mai 2019 et qui, dans un rapport d'août 2021 (cf. bordereau recourante, pce 13,) se prononce rétroactivement sur la période considérée, indiquant que sa patiente a sombré dans un état dépressif profond qui a duré au total trois ans suite à l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer et que l'annonce de l'erreur n'aurait pas amélioré la symptomatologie. Outre le fait que le psychiatre se prononce sept ans après les faits et qu'il n'a pas suivi l'intéressée avant 2018, circonstances autorisant de considérer son avis avec beaucoup de circonspection, il y a lieu de relever qu'il ne fait état d'aucune incapacité de travail et qu'il ne précise pas le traitement suivi par la recourante à l'époque. Par ailleurs, il explique que le lien thérapeutique n'a pas pu être établi avec ses trois prédécesseurs. Ces indications paraissent bien peu compatibles avec le diagnostic de

Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 dépression sévère qu'il retient: en effet, une telle atteinte requière un suivi important, cas échéant engendre des hospitalisations en milieu psychiatrique, et est en principe accompagnée d'une médication adaptée qu'il ne précise pas. Le versement d'indemnités journalières maladie de la part de l'assurance perte de gain n'est pas déterminant à cet égard. Partant, il n'est pas établi que la recourante a subi, entre 2014 et fin 2015, début 2016, une dépression grave engendrant une incapacité totale de travail. Il lui appartient d'en supporter le fardeau de la preuve. S'agissant de l'état de stress posttraumatique mentionné par le psychiatre, il n'est que probable et le médecin reconnaît qu'il est difficile de le mettre en évidence, la patiente n'ayant consulté que quatre ans après le diagnostic erroné. De plus, on peine à comprendre qu'avec l'amendement des troubles cognitifs suite à l'arrêt du Topamax en décembre 2014, au plus tard avec la confirmation de l'erreur commise en février 2015, l'état de la recourante ne se soit pas amélioré. Le psychiatre traitant ne donne pas d'explications convaincantes à cet égard, se contentant en réalité de relayer les plaintes de sa patiente, ce qui ne saurait être déterminant. A cela s'ajoute surtout que, selon le rapport médical du CHUV du 13 novembre 2014, la recourante a indiqué qu'elle ne relevait aucun changement comportemental chez elle, s'est décrite de nature mélancolique et négative mais a précisé que le moral était actuellement globalement bon et le sommeil réparateur (bordereau HFR, pce 6, p. 1). De même, en décembre 2014, le moral est conservé (cf. rapport du CHUV du 5 décembre 2014, bordereau HFR pce 7, p. 2). Le 10 décembre 2014, le rapport du CHUV mentionne que le trouble dépressif récurrent depuis 2011 est actuellement en rémission, la patiente présentant un meilleur moral (cf. rapport du CHUV du 10 décembre 2014, bordereau autorité intimée, pce 8, p. 1). D'un rapport du CHUV du 3 février 2016, il ressort enfin que la précitée est un peu révoltée, parfois un peu triste. Elle a toujours été pessimiste mais elle a moins d'idées noires actuellement. Le sommeil est bon. Il n'y a pas d'élément de ruine. Elle conduit et s'occupe de ses petits-enfants (bordereau HFR, pce 10, p. 2). Tous ces éléments anamnestiques, recueillis durant la période considérée, battent manifestement en brèche la thèse soutenue par la recourante et son psychiatre traitant de 2018 à 2019. Dans ces circonstances, pour la Cour de céans, le dommage résultant de la remise de son cabinet par la recourante n'est pas en lien de causalité adéquat avec le diagnostic erroné dont a à répondre l'HFR, respectivement n'est pas établi à satisfaction de droit. Les conclusions y relatives doivent dès lors être rejetées. 6. La recourante revendique en outre aussi la réparation du préjudice moral qu'elle aurait subi. 6.1. Selon l'art. 7 LResp, si les circonstances le justifient, la victime de lésions corporelles ou, en cas de mort d'homme, la famille a droit à une indemnité équitable à titre de réparation morale (al. 1). Celui qui subit une autre atteinte illicite à sa personnalité a aussi droit à une indemnité, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement. Un autre mode de réparation peut être substitué ou ajouté à l'allocation de cette indemnité (al. 2). Les trois conditions prévues à l'art. 6 LResp sont également applicables à la réparation du tort moral fixé à l'art. 7 LResp. Le dommage (ici immatériel) causé doit prendre la forme d'une grave atteinte à la personnalité, c'est-à-dire d'une atteinte à l'intégrité psychique (p. ex. forte souffrance) - ou sexuelle - dépassant, par son intensité, celle qu'une personne ordinaire est en mesure de supporter seule sans l'intervention de l'autorité (cf. arrêt TC FR 601 2010 71 du 15 mai 2019 consid. 2.2; cf. arrêts TAF A-589/2019 du 12 novembre 2019 consid. 4.2 et les références citées; A-2646/2014 du 21 avril

Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 2016 consid. 2.2). Pour le surplus, l'art. 9 LResp renvoie aux dispositions du CO, en particulier pour la détermination du préjudice et 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; arrêt TC FR 601 2010 71 du 15 mai 2019 consid. 2.2). 6.2. En l'espèce, sur la base des données recueillies auprès de la recourante entre la mi-novembre 2014 et le début février 2016 et des constats des médecins du CHUV, il s'avère que l'on ne peut pas admettre l'existence d'une grave atteinte à la personnalité, dans le sens d'une forte souffrance, qu'exige l'art. 7 al. 2 LResp pour prétendre à réparation. Dans ces circonstances, la question du lien de causalité entre le tort moral et le diagnostic erroné peut souffrir de rester indécise. 7. La recourante réclame enfin, à titre de dommage, les frais d'avocat consentis pour la procédure devant l'HFR, y compris les frais relatifs à l'expertise privée. Or, le système légal de l'indemnisation des parties qui obtiennent gain de cause tel que prévu par les art. 137 ss CPJA constitue une *lex specialis* par rapport à la norme générale de responsabilité de l'art. 6 LResp. A ce titre, les dispositions sur l'indemnité de partie excluent l'application de la loi sur la responsabilité civile des collectivités publiques (art. 5 LResp) (cf. arrêt TA FR 1A 2004 79 du

E. 8

avril 2014 à titre de tort moral, plus CHF 72'955.70.- avec intérêts dès le 1er juillet 2018 à titre de frais d'avocat avant procès, et la somme de CHF 3'000.- correspondant aux frais d'expertise privée, avec intérêts dès le 16 juin 2020 sur la somme de CHF 3'000.- et dès le 11 juillet 2020 sur la somme de CHF 500.-. A titre liminaire, la recourante requiert formellement la tenue de débats publics, sa propre audition ainsi que celle de différents témoins. La recourante reproche notamment à l'autorité intimée de n'avoir fait que peu de cas de l'expertise du Prof. Dr E. _____ en ne prenant en compte que les passages qui l'arrangeaient; quant à celle du Prof. Dr F. _____, elle l'a tout simplement ignorée. Se basant sur la première, l'intéressée fait valoir que le Service de neuropsychologie et logopédie de l'HFR, en particulier le Dr C. _____, ne pouvait retenir, sur la base des éléments médicaux objectifs à disposition, le diagnostic de probable maladie d'Alzheimer. La recourante soutient notamment qu'aucune anamnèse personnelle n'a été réalisée alors qu'une anamnèse approfondie est pourtant nécessaire pour poser ce diagnostic. Concernant les médicaments, elle réfute la thèse de l'HFR, sur la base de l'avis émis par le Prof. Dr F. _____, selon lequel le dosage de Topamax prescrit était en soi déjà susceptible d'engendrer des troubles cognitifs. Il aurait fallu à tout le moins se poser la question de la contribution du médicament à ces derniers, par exemple par une interruption du traitement, pour en apprécier les effets. Elle prétend avoir évoqué à l'HFR la prise de Buscopan, contrairement à ce que l'établissement affirme; quoi qu'il en soit, seuls le Topamax et le Vesicare parmi les médicaments qu'elle prenait ont des effets psychotropes avec altérations cognitives et mnésiques potentielles. Toujours sur la base de l'expertise, elle reproche à l'HFR, en raison de la prise de Cipralext, de n'avoir pas considéré que son état psychique, respectivement émotionnel ou dépressif, comme une cause possible des troubles cognitifs. De même, l'apnée du sommeil était aussi un élément à prendre en compte au moment d'établir le diagnostic. Ainsi, la recourante soutient que le service aurait dû se poser la question d'un diagnostic différentiel et ne pas conclure directement à une probable maladie d'Alzheimer. Poser un tel diagnostic, revient à dire, selon la recourante, qu'elle était atteinte de cette maladie, dès lors qu'elle ne peut pas être retenue avec certitude, en l'état de la science. De plus, un traitement d'Aricept a été prescrit alors que, si l'HFR avait pris en considération tous les éléments médicaux à disposition, il ne l'aurait pas été, puisque le diagnostic de maladie d'Alzheimer n'aurait pas été posé. Dans le même ordre d'idées, la

recourante estime qu'un examen complémentaire, tel un PET-scan, aurait précisément pu lever, dans le cas particulier, tout doute et exclure définitivement la maladie en question. Concernant son activité professionnelle, se fondant toujours sur les réponses de l'expert F._____, la recourante estime qu'il n'y avait pas de raison de ne pas poursuivre son activité de médecin indépendante. De plus, elle explique que le comportement du Dr C._____ a été à l'origine de la cessation de son activité de médecin indépendante et de la perte de gain qui en est

Tribunal cantonal TC Page 6 de 22 résultat. Il ne s'est en effet pas contenté de la mettre en garde mais il lui a bel et bien suggéré d'interrompre son activité professionnelle. Il a ensuite affirmé regretter de ne pas lui avoir proposé un arrêt purement temporaire de son travail. Pour elle, le lien de causalité entre les deux éléments est donné. Croyant qu'elle était atteinte de la maladie d'Alzheimer, dont la rapidité d'évolution est imprévisible, elle ne voulait pas prendre le risque de mettre ses patients en danger à un moment ou à un autre sans être en mesure de le discerner. En outre, suite à l'annonce de ce diagnostic, elle a sombré dans une dépression sévère pendant trois ans, la rendant incapable de travailler. A cet égard, elle soutient d'ailleurs que l'HFR s'est uniquement attardé sur son état dépressif antérieur sans examiner son évolution après le diagnostic. Même si elle a été plongée dans un état dépressif suite à son divorce, son état s'est rapidement amélioré après une incapacité de travail de trois mois et demi. Par la suite, elle a continué le traitement par Cipralax, a été en mesure de travailler à plein temps et de mener une vie active. En revanche, c'est bien suite à l'annonce du diagnostic qu'elle a dû mettre fin à son activité professionnelle. G. Dans ses observations du 4 février 2022, l'HFR propose, sous suite de frais et dépens, à titre principal, l'irrecevabilité des prétentions provisoires du 10 décembre 2015 et des prétentions définitives du 1er février 2016, en raison de la péremption du délai d'un an qui court à compter du rapport du CHUV du 13 novembre 2014, et l'irrecevabilité du recours. A titre subsidiaire, il conclut au rejet de ce dernier. A l'appui de ses conclusions sur le fond du litige, l'HFR qualifie l'expertise du Prof. Dr F._____ d'expertise privée et unilatérale, sans sa participation, raison pour laquelle il n'avait pas l'obligation d'en tenir compte. Il relève qu'il s'est basé sur l'expertise qui a été mise en œuvre d'un commun accord et qui s'avère être une véritable expertise judiciaire. Il ne s'est d'ailleurs écarté de ses conclusions que sur un seul point, comme il en a le droit, contestant avoir posé un diagnostic ferme et péremptoire. En effet, l'autorité soutient que le diagnostic était provisoire et que la formulation utilisée laisse volontairement un doute quant au diagnostic posé. Quant à l'anamnèse, elle était complète. L'HFR maintient que la recourante n'a pas mentionné la prise de Buscopan, ni la prise quotidienne de Vesicare, ni non plus l'abus de Cafergot et de Topamax l'année précédente - informations qu'elle a données par la suite -, ceci constituant une faute grave de sa part. En sa qualité de médecin, la recourante ne pouvait en ignorer l'importance. Ainsi, en raison de la gravité de la faute, il y a interruption du lien de causalité entre la prétendue violation des règles de l'art médical et les préjudices allégués par la recourante. Pour l'HFR, l'expert E._____, qui s'est prononcé rétrospectivement sur l'utilité des différents examens, précise que ceux-ci ne permettent pas de poser avec certitude le diagnostic et ne sont que des examens complémentaires. Le CHUV a procédé à un PET-scan mais seulement après le bilan à six mois depuis la première consultation. Ainsi, l'HFR estime qu'on ne peut pas reprocher au médecin de ne pas avoir effectué un tel examen, vu qu'il n'a pas bénéficié du temps de recul nécessaire et qu'il ne s'imposait manifestement pas au début de la prise en charge. L'autorité intimée soulève que l'état dépressif de la recourante a été pris en compte par le médecin en question. Elle souligne que

cet état est un symptôme précoce de la maladie d'Alzheimer. En outre, le médecin a pris en considération la médication que la recourante a bien voulu lui annoncer lors de son anamnèse. L'HFR relève qu'en raison de la faible posologie des médicaments, il paraissait improbable pour ce dernier que ceux-ci puissent être à l'origine de ses troubles cognitifs. Dès lors, les examens effectués par le Dr C._____ étaient suffisants et nécessaires à l'établissement du diagnostic provisoire du 8 avril 2014.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 L'HFR conteste que l'erreur de diagnostic ait été constitutive d'une violation des règles de l'art médical. La formulation du diagnostic contient une double réserve grâce aux termes "évocateur" et "probablement". Il s'agissait ainsi d'un diagnostic provisoire, devant être confirmé par la suite avec un bilan à six mois à cet effet. L'autorité intimée reconnaît que l'on puisse considérer que la pose du diagnostic était rapide, mais les examens médicaux et neuropsychologiques nécessaires ont été effectués. De plus, le Dr C._____ a envisagé d'autres causes aux troubles cognitifs et a exclu des pathologies métaboliques et endocriniennes, vasculaires ou focales. S'agissant de la cessation de son activité professionnelle, la recourante a informé le médecin du fait qu'elle réfléchissait depuis un certain temps à l'éventualité de remettre son cabinet dès lors qu'elle était âgée de 68 ans au moment de la consultation. C'est dans ce contexte précis que le Dr C._____ lui a suggéré que le moment était peut-être favorable pour interrompre son activité professionnelle. Mais la décision lui incombait. L'HFR précise par ailleurs que la recourante souffrait de troubles cognitifs de nature à entraver l'exercice de sa profession. Enfin, il estime que l'annulation de la consultation à six mois démontre que l'intéressée n'a jamais cru au diagnostic provisoire ou l'a d'emblée remis en cause. Comme le diagnostic provisoire envisageait une maladie neurodégénérative de type Alzheimer, la prescription de l'Aricept était parfaitement justifiée, selon l'autorité intimée. Partant, il n'est à son sens pas possible d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquat, dès lors que la recourante n'a jamais cru au diagnostic posé. Concernant le tort moral, l'HFR observe que la recourante souffrait déjà de dépression et d'anxiété avant la pose du diagnostic litigieux; ce sont ainsi ces atteintes qui en sont à l'origine. Partant, l'autorité intimée estime que la perte de gain et le tort moral allégués par l'intéressée ne sont pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec la supposée violation des règles de l'art. H. Dans une détermination spontanée du 30 juin 2022, la recourante maintient ses conclusions en reprenant pour l'essentiel les arguments déjà exposés dans son recours. S'agissant du délai de péremption, elle conteste avoir su que le diagnostic était erroné par le biais du rapport du

E. 13

novembre 2014 - qui ne lui a par ailleurs été communiqué que dans le cadre de la procédure devant l'HFR - dès lors qu'il émane de neuropsychologues, lesquels ne sont pas habilités à poser un diagnostic. Le rapport du 10 décembre 2014 modifie certes le diagnostic (troubles cognitifs légers et probablement imputables au Topamax), sans toutefois exclure un processus neurodégénératif débutant. Ce n'est ainsi qu'avec le résultat du PET-scan du 4 février 2015 qu'elle a su qu'elle ne souffrait pas de la maladie d'Alzheimer. En faisant valoir ses prétentions le 10 décembre 2015, elle a agi dans le délai d'un an à compter du rapport du 10 décembre 2014, partant, à temps. Concernant la médication, elle fait valoir que l'on ne peut pas lui faire de reproches dès lors qu'elle présentait justement des troubles avérés de la mémoire. Il appartenait bien plus au médecin d'obtenir les renseignements nécessaires avant de poser un diagnostic aussi radical. Elle conteste aussi longuement les informations soi-disant contenues au sujet des médicaments dans l'expertise du Prof. Dr E._____ et

réfute les arguments tenant de sa profession qui devaient soi-disant l'inciter à faire des liens entre les troubles cognitifs et la prise de certains médicaments. La précitée ajoute que la prescription de l'Aricept, contre-indiquée lorsque le patient prend des anticholinergiques et des antidépresseurs, constitue une faute médicale supplémentaire commise par le Dr C._____ qui n'a fort heureusement pas eu d'effets dommageables, puisqu'elle ne l'a pas pris. Elle souligne également que, suite à l'annonce du diagnostic, elle a cessé immédiatement son activité médicale, alors qu'elle voulait arrêter progressivement entre fin 2015 et 2016. Elle avance

Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 que, si l'HFR avait indiqué qu'il fallait tout d'abord stopper la prise de Topamax notamment, elle n'aurait pas remis son cabinet. Elle conteste vigoureusement que l'on puisse penser qu'elle n'ait jamais cru au diagnostic. Si tel avait été le cas, sa vie n'aurait pas changé en tous points et elle n'aurait pas sombré dans une profonde dépression. Elle explique en outre que c'est parce qu'elle savait l'efficacité de l'Aricept moindre en regard de ses effets indésirables qu'elle ne l'a pas pris. La recourante affirme de plus qu'il n'a jamais été question de diagnostic provisoire, en l'absence de diagnostic différentiel. Enfin, elle est d'avis que les troubles dépressifs dont elle était atteinte avant l'annonce ne sont pas de nature à rompre le lien de causalité qui, pour elle, demeure donné. Le 16 août 2022, la recourante a renoncé à des débats publics. Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Déposé dans le respect des formes et du délai prescrits (art. 79 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1), le recours est recevable en vertu de l'art. 114 al. 1 let. b CPJA en lien avec les art. 4 et 41 de la loi cantonale du 27 juin 2006 sur l'hôpital fribourgeois (LHFR; RSF 822.0.1) ainsi qu'en vertu de l'art. 21 de la loi du 16 septembre 1986 sur la responsabilité civile des collectivités publiques et de leurs agents (LResp; RSF 16.1). Selon l'art. 77 CPJA, le recours devant le Tribunal cantonal peut être formé pour violation du droit, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a) et pour constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b). En revanche, à défaut d'habilitation légale expresse, la Cour ne peut pas examiner en l'espèce le grief d'inopportunité (art. 78 al. 2 CPJA).

2. 2.1. Selon l'art. 24 al. 1 LResp, la responsabilité de la collectivité publique s'éteint si le lésé ne fait pas valoir sa prétention auprès d'elle dans le délai d'un an à compter du jour où il a eu connaissance du préjudice et de la collectivité débitrice (let. a) et au plus tard, dans le délai de dix ans dès le jour où le fait préjudiciable s'est produit (let. b). Par connaissance du préjudice, point de départ du délai d'un an, il faut raisonnablement entendre une connaissance telle que le demandeur puisse agir utilement, ce qui suppose qu'il connaisse non pas seulement le dommage au sens strict mais aussi les autres conditions lui permettant de mettre en cause la responsabilité de la collectivité publique, sans quoi il ne serait pas en mesure d'agir pour sauvegarder son droit. Pour déterminer quand il a une connaissance suffisante du dommage proprement dit, il s'impose d'appliquer les mêmes critères qu'à propos de la prescription des actions de droit privé, puisque la ratio legis est la même dans les deux domaines du droit (arrêts TC FR 601 2019 46 du 11 juillet 2019; 601 2010 35 du 4 septembre 2012 consid. 2b et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 Selon la jurisprudence relative à l'art. 60 al. 1 CO, le créancier connaît suffisamment le dommage lorsqu'il apprend, touchant son existence, sa nature et ses éléments, les circonstances propres à fonder et à motiver une demande en

justice; le créancier n'est pas admis à différer sa demande jusqu'au moment où il connaît le montant absolument exact de son préjudice, car le dommage peut devoir être estimé selon l'art. 42 al. 2 CO (arrêt TC FR 601 2010 35 du 4 septembre 2012 consid. 2b et les références citées; arrêt TF 4A_135/2017 du 23 novembre 2017 consid. 5.1). Les délais fixés à l'art. 24 LResp sont des délais de péremption et non pas des délais de prescription; ils ne peuvent être ni suspendus, sauf dans les cas prévus par la loi, ni interrompus. Le droit à l'indemnité s'éteint si le lésé laisse s'écouler le délai sans avoir saisi l'organe ou le tribunal compétent (cf. Message du Conseil d'Etat du 11 mars 1986 accompagnant le projet de LResp in BGC 1986 p. 540; arrêts TF 2C.1/2005 du 5 août 2005 consid. 2.3; 4C.309/1995 du 12 novembre 1996 consid. 6a).

2.2 Dans le cas particulier, l'acte générateur du préjudice invoqué par la recourante a été commis le 8 avril 2014, lorsque le Dr C._____ lui a fait part du fait qu'elle était probablement atteinte de la maladie d'Alzheimer. Sur le vu de ce qui précède, l'on peut considérer que la recourante a eu connaissance de son préjudice à partir du moment où il a été considéré qu'elle ne souffrait pas de la maladie d'Alzheimer. Or, dans le rapport du 5 décembre 2014, le Service de neurologie du CHUV affirme qu'une maladie neurodégénérative reste à envisager et que le bilan pourrait être complété par un PET-scan, plus sensible pour détecter un processus neurodégénératif. En revanche, suite au PET-scan du 3 février 2015, le Service de Médecine nucléaire du CHUV a indiqué dans son rapport du 4 février 2015 qu'il n'y avait pas d'arguments pour une maladie neurodégénérative. C'est dès lors seulement à partir de ce moment-là que la recourante pouvait donc en conclure de manière suffisamment probante qu'elle n'était en définitive pas atteinte de ladite maladie. Ainsi, compte tenu de l'approche pluridisciplinaire et de la collaboration des différents départements du CHUV qui ont été nécessaires pour poser un diagnostic correct, la recourante ne pouvait pas, sur la seule base de l'IRM cérébrale et du rapport du 13 novembre 2014, en conclure qu'il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un processus neurodégénératif débutant et, partant, être rassurée sur le fait qu'elle n'était pas atteinte de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, il semble en plus qu'elle n'ait eu connaissance de ce rapport que dans le cadre de la procédure à l'HFR. Il s'ensuit que le délai de péremption a commencé à courir à partir du 3 février 2015. Or, la recourante a présenté ses prétentions provisoires le 10 décembre 2015 et ses prétentions chiffrées définitives le 1er février 2016. Ainsi, le délai d'une année de l'art. 24 al. 1 LResp a bel et bien été respecté, comme elle le soutient.

3. 3.1. A teneur de 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. Cela suppose l'existence cumulative d'un acte illicite accompli dans le cadre de la fonction, d'un dommage (ou d'un tort moral) et d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'acte illicite et le dommage (ou le tort moral). L'al. 2 de cette disposition précise que le lésé ne peut faire valoir aucune prétention contre l'agent personnellement.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 Selon la jurisprudence, les soins dispensés aux malades dans les hôpitaux publics ne se rattachent pas à l'exercice d'une industrie (cf. art. 61 al. 2 CO), mais relèvent de l'exécution d'une tâche publique; en vertu de la réserve facultative prévue à l'art. 61 al. 1 CO, les cantons sont donc libres de soumettre au droit public cantonal la responsabilité des médecins engagés dans un hôpital public pour le dommage ou le tort moral qu'ils causent dans l'exercice de leur charge (ATF 133 III 462 consid. 2.1; 122 III 101 consid. 2a/aa et bb). L'art. 41 LHFR prévoit expressément que la responsabilité de l'HFR pour le préjudice que ses employés causent d'une manière illicite à autrui dans l'exercice de leurs fonctions, ainsi que la responsabilité de l'employé pour le dommage causé à son employeur en violant ses devoirs professionnels sont régies par la LResp (arrêt TC FR 601

2010 71 du 15 mai 2019 consid. 2.1). 3.2. 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 (arrêts TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 2.2; TC FR 601 2013 28 du 16 juin 2016). 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). En diagnostiquant une atteinte à la santé, le médecin ne doit pas garantir l'exactitude du résultat. Il faut donc établir une distinction entre la faute de diagnostic et un diagnostic faux (cf. ULSENHEIMER, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 3e éd., 2003, n. 41). Pour constater et apprécier une atteinte à la santé, le médecin doit procéder dans chaque cas de façon adéquate et utiliser les moyens et les sources d'information nécessaires. Il doit clarifier les aspects ambigus des maladies en recourant aux

Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 moyens disponibles. Le médecin fait preuve de négligence lorsque sa façon de faire n'est pas conforme aux règles établies et généralement reconnues par la science médicale et qu'elle n'est pas conforme à l'état actuel des connaissances (ATF 130 IV 7 / JdT 2004 I 497 consid. 3.3; ATF 57 II 202 consid. 3 et les références citées). L'erreur de diagnostic ne suffit pas, à elle seule, à engager la responsabilité du médecin. Si celui-ci pose consciencieusement son diagnostic, après avoir examiné son malade selon les règles de l'art, avec tout le temps et l'attention nécessaires, qu'il ordonne ensuite le traitement approprié et le fait exécuter conformément aux principes généralement admis, il échappe au reproche de négligence ou d'imprudence (ATF 105 II

284 consid. 1 et les références citées). Il y a une violation du devoir de diligence lorsque le médecin ne discerne pas une maladie grave malgré des symptômes typiques (ATF 113 II 429 / JdT 1988 I 180 consid. 3a) ou lorsqu'un diagnostic erroné est dû au fait que le médecin n'a pas utilisé toutes les méthodes d'examen requises (ATF 64 II 200 consid. 4a et les références citées). La responsabilité du médecin n'est pas limitée à des manquements graves aux règles de l'art médical. Il doit traiter son patient de manière appropriée et il répond en principe de toute faute professionnelle (arrêt TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 4.1; ATF 120 Ib 411 consid. 4a; 116 II 519 consid. 3a; 115 Ib 175 consid. 2b; 113 II 429 consid. 3a). 3.3. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références), peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale. Dans le domaine des connaissances professionnelles particulières de l'expert, le juge ne peut s'écarter de l'opinion de celui-ci que pour des motifs importants (arrêt TF 4A_543/2014 et 4A_547/2014 du 30 mars 2015 consid. 5 non publié in ATF 141 III 97; cf. ATF 138 III 193 consid. 4.3.1; 136 II 539 consid. 3.2; 133 II 384 consid. 4.2.3; 132 II 257 consid. 4.4.1). Toutefois, on ne peut soumettre à un expert que des questions de fait, non des questions de droit, dont la réponse incombe impérativement au juge, qui ne peut pas déléguer cet examen à un tiers. Il s'ensuit que celui-ci ne saurait se fonder sur l'opinion exprimée par un expert lorsqu'elle répond à une question de droit (ATF 130 I 337 consid. 5.4.1). 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références). L'élément déterminant pour la valeur

Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (RFJ 2001 p. 222). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêts TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3; 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2 et les références). Enfin, soulignons que, dans les cas de responsabilité médicale, il appartient au lésé de prouver que le médecin a violé son devoir

de diligence. Le fardeau de la preuve de la violation des règles de l'art médical est en effet à la charge du lésé (arrêt TF 4P.110/2003 du 26 août 2003 consid. 4.1 in fine; ATF 120 Ib 411 consid. 4a in fine; 115 Ib 175 consid. 2b et les références). 4. En l'occurrence, le Dr C. _____ a posé un faux diagnostic en estimant que la recourante était probablement atteinte de la maladie d'Alzheimer. Finalement, il s'avère que les troubles cognitifs de l'intéressée étaient en réalité induits par la prise de médicaments (Topamax, anticholinergique), associée probablement à un syndrome des apnées du sommeil. Or, l'erreur de diagnostic ne suffit pas, à elle seule, à engager la responsabilité du médecin, respectivement de l'autorité intimée. La question qui se pose donc est celle de savoir si le Dr C. _____ n'a pas fait preuve de toute la diligence que l'on était en droit d'attendre de sa part en violant l'une ou l'autre des règles de l'art médical lorsqu'il a posé le diagnostic erroné. 4.1. A cet effet, la Cour de céans peut se fonder sur les rapports des experts Prof. Dr E. _____ et Prof. Dr F. _____. Précisons d'une part que l'expertise privée, quand bien même elle n'a pas été réalisée avec l'aval ou la coopération de l'HFR, n'en demeure pas moins un rapport médical dont il y a lieu, tout autant que l'autre expertise, d'apprécier la valeur probante. Selon la maxime d'office prévalant en la matière, tous les rapports médicaux doivent être discutés et appréciés, pour autant que probants, peu importe leur origine. En particulier, au contraire du droit civil, une expertise privée, en droit administratif, ne constitue pas seulement un allégué de partie (cf. ATF 125 V 351; arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3; cf. ég. ATF141 III 433) comme le soutient l'autorité intimée. D'autre part, contrairement à ce qu'elle prétend en outre, l'expertise du Prof. Dr E. _____, réalisée d'un commun accord entre les parties dans le cadre de la procédure administrative qui a mené à la décision attaquée, n'est pas une expertise judiciaire. Partant, rien ne permet de considérer que l'une aurait le pas sur l'autre. A titre liminaire, soulignons que la valeur probante de l'expertise du Prof. Dr E. _____ ne peut être remise en question. Le médecin a été mandaté en qualité d'expert par les deux parties et a répondu aux questions soumises par celles-ci. Il a eu accès au dossier complet de la cause et a reçu la recourante en entretien avant de rendre son premier rapport. Il a répondu aux différentes questions, motivant ses différentes prises de position. Certaines réponses n'étant pas suffisamment précises ou complètes, il a été amené à répondre à des questions détaillées et il a déposé un rapport complémentaire très précis et étayé. Les rapports du Prof. Dr E. _____ peuvent ainsi être pris en compte pour juger de la présente cause. Il en va de même, en soi, de l'expertise privée du Prof. Dr F. _____ quand bien même il a été mandaté par la seule recourante.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 4.2. S'agissant des règles de l'art médical à savoir les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens, les experts ont relevé ce qui suit. Selon l'expertise du 1er juin 2017 du Prof. Dr E. _____, l'examen neuropsychologique a confirmé l'existence de troubles cognitifs (aspécifiques en eux-mêmes pour une cause particulière), alors qu'il n'y avait pas d'anomalie significative au niveau neurologique et de l'imagerie cérébrale. Les résultats de la ponction lombaire ont été interprétés comme potentiellement anormaux concernant certaines protéines (expertise E. _____, p. 7, réponse à la question 5B). Pour lui, les examens indiqués ci-dessus ne permettaient pas d'exclure une maladie neurodégénérative débutante, notamment de type Alzheimer, mais la présence de médicaments psychotropes pouvant entraîner des troubles cognitifs, ainsi que l'absence de résultat pathologique significatif de la ponction lombaire ainsi qu'une IRM sans anomalie spécifique au niveau fronto-temporal ne permettaient pas de considérer ce diagnostic

comme probable (expertise E. _____, p. 7, réponse à la question 5D). L'absence d'anomalie significative du liquide céphalo-rachidien à ce moment-là n'était pas un argument en faveur d'une maladie de type Alzheimer, selon l'expert. Cela étant, devant ce doute, ce dernier estime qu'on aurait pu effectuer un SPECT-cérébral ou un PET-scan, alors qu'une biopsie cérébrale n'était pas indiquée. A cet égard, le neurologue a toutefois précisé que le SPECT-cérébral n'aurait été qu'un examen complémentaire s'inscrivant dans un panorama plus global sur les plans clinique et paraclinique (expertise complémentaire E. _____, p. 5, réponse à la question 25). Mais, surtout, les médicaments à effet psychotrope auraient dû être interrompus pour vérifier s'ils n'étaient pas responsables au moins en partie des troubles cognitifs (expertise E. _____, p. 7, réponse à la question 5C). Dans son expertise complémentaire du 13 décembre 2018, le Prof. Dr E. _____ a expliqué que, même si le dosage des médicaments, notamment du Topamax, n'était pas élevé, il était suffisant pour que, dans le cadre d'une consultation de mémoire, il implique au moins de se poser la question d'une contribution du traitement aux troubles cognitifs observés (expertise complémentaire E. _____, p. 1, réponse à la question 1). Pour l'expert, en l'occurrence, si le diagnostic de maladie d'Alzheimer ne pouvait être formellement exclu, les examens à disposition ne le rendaient pas probable d'autant plus qu'il existait des médicaments pris par la patiente qui pouvaient considérablement modifier son état cognitif, et qu'il convenait en premier lieu d'interrompre (expertise E. _____, p. 7, réponse à la question 5E). Dans son complément d'expertise, le spécialiste a souligné que le diagnostic posé le 8 avril 2014 était trop ferme et prématuré, tout en relevant que les deux premiers rapports du CHUV ne l'ont pas spécifiquement remis en question, malgré le laps de temps de plusieurs mois, la composante médicamenteuse et les apnées du sommeil. Cela révèle à son sens la difficulté à affirmer un diagnostic dans une situation clinique de détérioration cognitive relativement "débutante" (expertise complémentaire E. _____, p. 6, réponse à la question 33). De même, dans l'expertise privée du 11 juillet 2020, le Prof. Dr F. _____ est d'avis qu'une suspicion de maladie neurodégénérative représentait certes une possibilité d'interprétation des données au moment de l'investigation première, mais la dépression, la prise de Topamax (et des médicaments contre les troubles de la vessie) et peut-être la problématique thyroïdienne parlaient contre une telle maladie neurodégénérative, donc aussi contre la maladie d'Alzheimer, comme seule cause des symptômes. Le diagnostic correct en 2014 aurait été celui de "déficits cognitifs d'origine multifactorielle (Topamax, Vesicare, dépression, apnée du sommeil, peut-être contribution

Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 thyroïdienne) sans qu'un début de maladie neurodégénérative soit exclu" (expertise F. _____, p. 9, réponse à la question 4d). Le spécialiste estime qu'on ne pouvait pas poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable, sans avoir pratiqué une réflexion substantielle concernant le diagnostic différentiel surtout par le fait que d'autres causes, figurant au dossier, donc connues des personnes du HFR impliquées, pouvaient expliquer les troubles cognitifs (expertise F. _____, réponse à la question 6b). Par ailleurs, la formulation même utilisée dans le rapport d'avril 2014 ne tient pas compte d'éléments de diagnostic différentiel, soit la dépression et la prise de médicaments (Topamax, Buscopan, Vesicare et Urgénine). Dans ses conclusions, le rapport d'avril 2014 liste bien les investigations pratiquées, donc implicitement un certain nombre de causes possibles recherchées, mais on ne retrouve pas la mention des médicaments et de la dépression. Selon l'expert, il aurait fallu en outre procéder à une anamnèse concernant les symptômes d'un syndrome d'apnées du sommeil, même s'il admet qu'il n'est pas possible de savoir avec certitude si la patiente en souffrait

déjà (expertise F. _____, p. 12, réponse la question 6c). Ainsi, à ce stade, force est-il de constater que les deux experts admettent que le diagnostic posé est erroné et que le Dr C. _____, même s'il a entrepris certaines démarches en vue de poser son diagnostic (examen neuropsychologique, examen neurologique, ponction lombaire, bilan sanguin et IRM), n'a en revanche pas investigué plus avant les autres causes possibles aux troubles cognitifs que l'anamnèse de la patiente a révélées (prise de Topamax, dépression et, cas échéant, syndrome des apnées du sommeil). Ils estiment tous deux qu'en présence de ces éléments, avant de poser le diagnostic de maladie d'Alzheimer, il aurait fallu en particulier interrompre la prescription de Topamax, malgré son dosage. En revanche, leurs conclusions finales ne se recoupent pas. 4.3. L'expert mandaté par les parties, le Prof. Dr E. _____, estime en effet que le faux diagnostic n'est pas une violation des règles de l'art au sens d'une faute, mais qu'il s'agit uniquement d'une erreur. Par ailleurs, même si, dans le rapport médical du 8 avril 2014 des éléments de diagnostic endocriniens ont été exclus, l'absence d'anomalie significative à l'IRM de 2013 concernant tout processus tumoral, vasculaire ou focal d'une autre nature a également été prise en considération. L'erreur de diagnostic repose sur le fait de ne pas avoir considéré les médicaments psychotropes (et à un moindre degré la contribution possible d'un syndrome des apnées du sommeil) dans l'étiologie des troubles cognitifs (expertise E. _____, p. 8, réponse à la question 6c). L'expert constate que le diagnostic est certes erroné mais estime que cela ne constitue par une violation des règles de l'art. Partant, il se limite ainsi à examiner une telle violation sous l'angle du diagnostic et n'évoque en revanche pas expressément l'existence d'une ou de règles communément admises que le Dr C. _____ n'aurait pas respectées, quand bien même il relève qu'une erreur a été commise dès lors que les psychotropes pris par la recourante n'ont pas été considérés. Quant au Prof. Dr F. _____, il retient également que le diagnostic est erroné, mais surtout qu'il a été posé sans suivre la règle communément admise selon laquelle il y a lieu de rechercher largement d'autres causes avant de retenir le diagnostic de maladie d'Alzheimer, en particulier celles qui peuvent être traitées (expertise F. _____, p. 11 et 12, réponses aux questions 6b et 6c et p. 12, réponse à la question 6d); il reproche aussi à l'HFR de n'avoir pas documenté de manière précise ce que les personnes impliquées ont exactement dit à la patiente; il note enfin que le suivi après six mois lui paraît long dans un tel cadre (expertise F. _____, p. 12, réponse à la question 6d). Ainsi, le Prof. Dr F. _____ reconnaît quant à lui la violation de plusieurs règles de l'art médical.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 Reste à déterminer ce qu'il en est, étant souligné, d'une part, qu'un diagnostic erroné ne constitue pas nécessairement une violation du devoir de diligence du médecin et, d'autre part, que le Tribunal cantonal n'est pas lié par les considérations des experts sur ce point, dès lors que la violation du devoir de diligence est une question de droit, de la compétence du Tribunal cantonal. 4.4. Il ressort des expertises que le diagnostic de maladie d'Alzheimer, en l'état de la science, ne peut pas être posé au degré de la certitude (expertise complémentaire E. _____, p. 3, réponses aux questions 11 et 12). Il peut être posé uniquement de manière probable, qui plus est après trois à quatre ans seulement, toutefois avec de grandes variations (expertise F. _____, p. 11, réponse à la question 6a). Et l'expert E. _____ de préciser que cela tient aussi au moment auquel le patient vient consulter la première fois (expertise E. _____, p. 7, réponse à la question 6A). Dans une situation clinique de détérioration cognitive débutante, comme celle de la recourante, le diagnostic est difficile à poser (expertise complémentaire E. _____, p. 6, réponse à la question 33). En outre, les symptômes précoces de la maladie d'Alzheimer peuvent être subtils; ils peuvent comporter des pertes de mémoire, des difficultés

croissantes à planifier ou à résoudre des problèmes, exécuter les tâches familières à la maison, au travail ou durant les loisirs, des confusions en temps ou lieux, des difficultés à comprendre des images ou des relations spatiales ou encore des pertes d'objets. Cela étant, ces symptômes peuvent être identiques à ceux d'autres affections, typiquement lors de dépression, en cas de syndrome d'apnées du sommeil, de troubles endocriniens tels qu'une dysfonction de la thyroïde, ou des maladies infectieuses, intoxications endogènes ou exogènes (y compris nombre de médicaments) ainsi que des différentes autres maladies neurodégénératives (expertise F. _____, p. 7 et 8, réponse à la question 3b). Enfin, de manière générale, le Prof Dr F. _____ affirme qu'il est impératif de procéder à une analyse fine pour trouver une solution au diagnostic différentiel et s'assurer de reconnaître, s'il y a lieu, une maladie ou d'autres facteurs dont le traitement ou l'abstention pourrait améliorer la symptomatologie cognitive (expertise F. _____, p. 8, réponse à la question 4d). Or, il s'avère que le Dr C. _____ était parfaitement au courant du fait que la recourante prenait des médicaments connus pour leurs effets délétères sur la mémoire, notamment le Topamax, et qu'elle était toujours en traitement pour une dépression. Malgré les investigations d'ores et déjà menées, devant la difficulté de poser le diagnostic litigieux et du temps nécessaire à cet effet, en particulier en présence de troubles débutants, il ne pouvait pas négliger d'éventuelles autres causes aux troubles cognitifs dont la recourante était atteinte. Même si le dosage du Topamax n'était, selon l'HFR, pas en mesure de provoquer des troubles de la mémoire - ce que les experts ne confirment par ailleurs pas -, le Dr C. _____ ne pouvait pas raisonnablement laisser de côté cette piste, ainsi que le martèlent les deux experts. Les deux neurologues estiment qu'il aurait dû en faire de même avec le traitement de la dépression et de la vessie et investiguer cas échéant aussi les troubles du sommeil. Le Prof. Dr E. _____ préconise même qu'un PET-scan aurait été utile, du fait que la patiente était alors un médecin encore en activité (expertise complémentaire E. _____, p. 5, réponse à la question 27). Pour le Prof. Dr F. _____, un examen de médecine générale a par ailleurs manqué (expertise F. _____, p. 9, réponse aux questions 5b et 5c), lequel aurait d'ailleurs pu livrer de manière précise les informations relatives à la médication prise par la recourante (y compris anamnèse et posologie), dont le Dr C. _____ conteste avoir eu toute la connaissance nécessaire et dont il met la responsabilité sur la patiente elle-même. En renonçant en particulier à vérifier sur la personne de cette dernière si la médication, notamment le Topamax, pouvait être responsable de ses troubles cognitifs, en lien avec un diagnostic différentiel, le Dr C. _____ a dès lors violé une règle communément admise de l'art médical, s'agissant de la pose du diagnostic

Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 de la maladie d'Alzheimer, en l'état actuel de la science. Il aurait d'autant plus dû pousser ses réflexions que la recourante, médecin, avait alors un cabinet, au vu des conséquences potentielles de la maladie sur son activité et ses patients, mais aussi pour elle-même. Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, force est ainsi d'admettre que les circonstances devaient inciter le Dr C. _____ à investiguer plus avant les troubles cognitifs dont était atteinte la recourante sous l'angle de sa médication avant d'établir un diagnostic; en y renonçant, dans les conditions précitées, force est d'admettre qu'il a violé son devoir de diligence. Les arguments de l'autorité intimée selon lesquels le médecin a posé certes le diagnostic de maladie d'Alzheimer mais qu'il était provisoire, par la mention de processus neurovégétatif évocateur, de type Alzheimer probablement et, qu'il a, dans le même temps, proposé un bilan à six mois ne changent rien à ce qui précède. En effet, lorsque le cas est évocateur, comme l'a retenu le Dr C. _____,

le bilan à six mois permet de suivre la progression du déclin cognitif alors que, dans un cas non évocateur, il permet d'affiner et de préciser le processus diagnostique (cf. expertise complémentaire E._____, p. 5, réponse à la question 29). En raison des termes choisis par le Dr C._____, il apparaît dès lors que le bilan proposé à l'automne 2014 devait servir avant tout à suivre l'évolution de la maladie et non pas à mener d'autres investigations et examens, comme le soutient l'HFR, ce que confirme le Prof. Dr E._____ (expertise complémentaire E._____, p. 6, réponse à la question 33). D'ailleurs, les deux experts ont tous deux estimé que le diagnostic posé en avril 2014 était péremptoire et que le Dr C._____ en était assez persuadé (expertise complémentaire E._____, p. 4, réponse à la question 21, p. 6, réponse à la question 33; expertise F._____, p. 8, réponse à la question 4a, p. 11, réponse à la question 6b et p. 12, réponse à la question 6c). Le fait qu'il ait prescrit la prise d'Aricept en est par ailleurs aussi une illustration, comme le soulignent les neurologues, dont le Prof. F._____, pour qui la maladie d'Alzheimer est la seule indication reconnue pour ce médicament (expertise F._____, p. 9, réponse à la question 4c). Enfin, comme déjà mentionné ci-dessus, la maladie d'Alzheimer, en l'état actuel de la science, ne peut pas être posée avec certitude; il ne peut s'agir que d'une probabilité. L'utilisation de l'adverbe "probablement" doit donc être mise en lien avec la difficulté, généralement reconnue, de poser pareil diagnostic, et ne saurait correspondre à l'énonciation d'une simple hypothèse de la part du médecin, à confirmer ou infirmer par la suite, comme le prétend l'HFR. Le Prof. Dr F._____ va dans le même sens puisqu'il affirme que la prescription d'Aricept implique le diagnostic d'une probable maladie d'Alzheimer et ne fait pas que l'évoquer (expertise F._____, p. 11, réponse à la question 6b). Partant, l'autorité intimée ne saurait se prévaloir de la formulation du diagnostic et du bilan à six mois pour relativiser à son avantage la situation. Sur le vu de ce qui précède, force est ainsi d'admettre que le Dr C._____ a violé son devoir de diligence, entraînant la responsabilité de l'HFR. Reste à savoir si le dommage dont se prévaut la recourante est en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec le comportement illicite. 5.

E. 17

janvier 2005 consid. 6b). Partant, en application de l'art. 137 al. 1 CPJA, à l'exclusion de l'art. 6 LRsp, la recourante ne peut prétendre à aucuns dépens pour la procédure administrative devant l'HFR. En outre, il ressort de ce qui précède que ses prétentions financières n'étaient pas fondées et que, partant, elle a succombé, ce qui exclut aussi toute indemnité. Le simple fait qu'un acte illicite a été commis ne justifie pas d'allouer des dépens dès lors que cette illicéité n'a pas provoqué de dommage causal. 8. Sur le vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté en tous points et la décision querellée confirmée dans son résultat. Les frais de procédure, par CHF 2'500.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe, et compensés par l'avance de frais. Aucune indemnité de partie ne lui est due. En vertu de l'art. 139 CPJA, une indemnité de partie n'est allouée aux collectivités publiques que dans les cas où leurs intérêts patrimoniaux sont en cause ou que des circonstances particulières ont rendu nécessaire l'appel à des mandataires extérieurs. La notion d'intérêts patrimoniaux vise les biens du patrimoine financier de la collectivité publique, et non pas ceux appartenant à son patrimoine administratif au nombre desquels figurent les contributions publiques. Dans les contestations portant sur des contributions publiques, la collectivité publique qui obtient gain de cause n'a, en général, pas droit à une indemnité de partie. Tel n'est pas le cas lorsque, comme le prévoit l'art. 139 CPJA in fine, des circonstances particulières ont rendu nécessaire l'appel à des mandataires extérieurs. Cette limitation au droit des collectivités publiques à obtenir une indemnité de partie repose sur

l'argument selon lequel les collectivités publiques disposent de suffisamment de personnel ce qui les dispense de faire appel à un mandataire extérieur (RFJ 1992 p. 206 ss; arrêt TA FR 4F 2001 139 du 5 juillet 2002).

Tribunal cantonal TC Page 21 de 22 En l'espèce, une indemnité de partie peut être accordée à l'HFR dans la mesure où la complexité du litige l'a amenée à faire appel à un mandataire extérieur. Celle-ci doit être fixée dans les limites du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.1), lequel prévoit en particulier à son art. 8 al. 1 un tarif horaire de CHF 250.- et à son art. 9 al. 2 un remboursement de 40 centimes par photocopie ainsi que des débours au prix coûtant (cf. art. 9 al. 1 Tarif JA). Dite indemnité est fixée selon la liste de frais produite le 19 août 2022 par le mandataire de l'HFR, laquelle doit être corrigée en fonction d'un tarif horaire de CHF 250.- et de frais de photocopies indemnisées à raison de CHF 0.40 par photocopie. Par ailleurs, la liste comptabilise 83,83 heures (dont trois au tarif avocat-stagiaire de CHF 150.-), ce qui correspond à des honoraires de CHF 20'657.50 alors que l'art. 8 al. 1 Tarif JA prévoit un montant maximum de CHF 10'000.-, sauf dans les affaires d'une ampleur ou d'une complexité particulière où le maximum passe à CHF 40'000. Le présent litige n'est certes pas dénué d'une certaine complexité et le mandataire n'a vraisemblablement été abordé que pour la procédure de recours, ce qui explique l'ampleur des heures qu'il réclame. Pour la Cour de céans, il y a lieu d'en tenir compte de ces éléments, mais les honoraires seront limités à CHF 15'000.-, plus CHF 23.- de débours, plus CHF 1'156.80 au titre de la TVA, soit à un total de CHF 16'179.80, à charge de la recourante qui succombe (cf. art. 131 al. 1 CPJA). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 la Cour arrête : I. Le recours (601 2021 145) est rejeté et la décision du HFR du 12 juillet 2021 confirmée dans son résultat. II. Les frais de justice, par CHF 2'500.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais. III. Il est alloué à l'HFR, à titre d'indemnité de partie, un montant de CHF 16'179.80 (y compris CHF 1'156.80 de TVA) à verser en main de son mandataire, à la charge de la recourante. IV. Notification. Cette décision peut faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral, à Lausanne, dans les 30 jours dès sa notification. La fixation du montant de l'indemnité de partie peut, 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 15 septembre 2022ape/lmi La Présidente : La Greffière-stagiaire :

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