

NE_GERICHTE CDP.2004.87 vom 29. August 2014

NE Tribunal cantonal, 2014-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2004.87

FR: NE_GERICHTE CDP.2004.87 du 29 août 2014

IT: NE_GERICHTE CDP.2004.87 del 29 agosto 2014

Erwägungen

E. 1

a) Le traitement des malades dans les hôpitaux publics relève de l'exécution d'une tâche publique, de sorte que c'est sur la base du droit public cantonal que l'on détermine contre qui et à quelles conditions le patient peut agir en réparation de son dommage et de son tort moral en cas de traitement inadéquat (ATF 122 III 104). Comme précisé plus loin (cons. 2 ci-dessous), l'Hôpital psychiatrique cantonal était un hôpital public dépendant de la collectivité publique, dont la responsabilité peut ainsi être engagée en ce qui concerne les traitements effectués par le personnel de l'établissement, en vertu de l'article 1 al. 1 et 2 de la loi cantonale sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (LResp), du 26 juin 1989, selon lequel cette loi régit la responsabilité de la collectivité publique (Etat, commune, autre collectivité de droit public cantonal, communal ou inter-communal) pour les actes de ses agents accomplis dans l'exercice de leurs fonctions (RJN 2003, p. 219 , p. 220). D'après l'article 10 LResp , la responsabilité de la collectivité publique s'éteint si le lésé ne présente pas sa demande d'indemnisation, conformément à l'article 11, dans l'année à compter du jour où il a eu connaissance du dommage et de la collectivité publique qui en est responsable, en tout cas dans les dix ans dès le jour où le fait dommageable s'est produit. L'article 11 LResp dispose que les prétentions de tiers contre la collectivité publique doivent être adressées par écrit au Département de la justice de la sécurité et des finances (depuis le 01.08.2013 : Département des finances et de la santé), s'il s'agit de dommages résultant de l'activité d'agents de l'Etat, à l'organe exécutif des autres collectivités publiques, s'il s'agit de dommages résultant de l'activité d'agents rattachés à l'une d'elles (al. 1 let. a et b). Si la collectivité publique conteste les prétentions ou si elle ne prend pas position dans les trois mois, le tiers lésé doit introduire action dans un délai de six mois sous peine de péremption (al. 2). Si la collectivité publique entre en pourparlers, le délai de six mois court dès sa dernière prise de position (al. 3). Il est incontestable et incontesté en l'occurrence que la demanderesse a respecté les délais des articles 10 et 11 LResp . Ouverte par ailleurs dans les formes légales devant le Tribunal administratif, compétent pour en connaître (art. 21 al. 1 en liaison avec l'art. 11 al. 3 LResp), l'action est recevable. b) Le 1^{er} janvier 2011, la Cour de droit public du Tribunal cantonal a succédé au Tribunal administratif et traite les causes qui avaient été déferées à cette dernière instance (art. 47, 83 OJN).

E. 2

L'Hôpital psychiatrique cantonal était, à l'époque de la présente demande, un établissement dépendant de l'Etat de Neuchâtel (art. 1 de la loi sur l'Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux , abrogée par la loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie [LCNP] du 29.01.2008, entrée en vigueur le 05.03.2008; RSN 802.310), dont la responsabilité pouvait ainsi être engagée en ce qui concerne les traitements effectués par le personnel de l'établissement, en vertu de l'article 1 al. 1 et 2 de la loi sur la responsabilité (LResp).

L'Hôpital psychiatrique est désormais intégré dans le "Centre neuchâtelois de psychiatrie" (CNP), qui est un établissement de droit public cantonal doté de la personnalité juridique, dont il constitue un des "sites" (art. 1 LCNP). La responsabilité de tout son personnel est régie par la LResp (art. 8 LCNP). La LCNP ne prévoit toutefois pas de cession au CNP des engagements de l'Etat en matière de responsabilité médicale (cf. art. 44 ss LCNP), circonstance qui aurait pu entraîner une substitution de partie s'opérant de plein droit. L'article 44 LCNP prévoyait que l'intégration au CNP des hôpitaux psychiatriques et des autres institutions devait être négociée avec leurs propriétaires. En l'occurrence, une convention d'intégration a été conclue le 4 septembre 2008 entre le CNP et l'Hôpital psychiatrique et ratifiée par le Conseil d'Etat par arrêté du 15 décembre 2008. Au vu des travaux préparatoires, il ne devait toutefois être question que du transfert du patrimoine administratif (sur la notion, cf. Knapp, Précis de droit administratif, nos 2902 ss) de l'hôpital psychiatrique cantonal (BGC 2007-2008 – Tome 1, p. 136), sans inclure les engagements de l'Etat en matière de responsabilité médicale. L'Etat de Neuchâtel a dès lors qualité pour défendre dans la présente cause, ce qu'il ne remet d'ailleurs nullement en question.

E. 3

Le 9 octobre 2003, A. a formulé des prétentions financières auprès du Département des finances, à hauteur de 1,3 million de francs, auxquelles devaient s'ajouter 105'000 francs à titre de tort moral pour ses deux filles et de son (ex-) mari, qui se sont entre-temps désistés. Devant la Cour de céans, elle a ouvert action le 8 avril 2004 et concluait à une indemnité pour tort moral de 60'000 francs, tout en réservant ses droits à des dommages et intérêts. Le 28 septembre 2011, elle a chiffré ses prétentions et réclamé à l'Etat de Neuchâtel un montant de 2'282'170.70 francs. Le défendeur invoque principalement la péremption de la réclamation de A., en tant qu'elle excédait le montant de 1,3 million mentionné dans sa requête du 9 octobre 2003. Subsidiairement, il soutient que les prétentions émises à hauteur de 2'113'008.40 francs étaient atteintes de prescription au sens de l'article 60 al. 1 CO dès lors qu'un délai supérieur à un an s'était écoulé entre le 29 janvier 2008 (ordonnance du juge instructeur) et le 4 novembre 2009 (ordonnance du juge instructeur de reprise de la procédure) sans qu'un acte interruptif de la prescription ne soit intervenu. L'argumentation développée par le défendeur sur la prescription est mal fondée. Les délais des articles 10 et 11 LResp sont en effet des délais de péremption (arrêts du TF du 29.01.2007 [4P.294/2006] cons. 4.4, du 03.02.2006 [2P.336/2005] cons. 3.2, RJN 2012, p. 370). Ils ne sont en principe pas susceptibles d'interruption, ni de suspension. Le lésé est ainsi déchu du droit d'exiger la réparation du dommage s'il n'a pas agi dans les délais requis. En revanche, s'il a agi conformément à l'article 10 LResp puis, en cas de refus d'entrée en matière ou d'absence de réponse de la collectivité publique, ouvert action dans le délai de six mois (art. 11 al. 2 et 3 LResp), ce qui est le cas en l'espèce (cons. 1a ci-dessus), ses droits sont sauvegardés une fois pour toutes (arrêt du TF du 01.04.2011 [9C_14/2011] cons. 2.1 et les références citées). Quant au moyen tiré de la péremption, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur cette question, au regard des considérations qui suivent. On précisera uniquement que la loi n'exige pas que la demande en indemnisation soit motivée ni que les prétentions soient chiffrées (RJN 2012, p. 359). En cas d'amplification des conclusions prises par le lésé lors d'une action de droit administratif par rapport aux conclusions prises dans la demande initiale d'indemnisation adressée à l'Etat, les nouvelles prétentions formulées en justice ne sont en principe pas périmées (RJN 2013, p. 408).

E. 4

a) La présente décision sur moyen séparé a pour but de déterminer si la responsabilité du défendeur est engagée, en raison des actes des médecins qui ont été appelés à prodiguer des soins à la demanderesse lors des trois séjours à l'Hôpital psychiatrique, en 2002. L'article 5 al. 1 LResp dispose que la collectivité publique répond du dommage causé sans droit à un tiers par ses agents dans l'exercice de leurs fonctions, sans égard à la faute de ces derniers. En abandonnant l'exigence de la faute de l'auteur du dommage, la LResp institue un régime de responsabilité exclusive de la collectivité publique, de type objectif ou causal, avec la possibilité d'une action récursoire contre l'agent gravement fautif, au sens de l'article 12 LResp. Selon l'article 6 LResp, aux conditions prévues par le droit des obligations en matière d'actes illicites, une indemnité équitable peut en outre être allouée, en cas de faute de l'agent, à titre de réparation morale. Aux termes de l'article 7 LResp, la collectivité répond du dommage résultant des actes licites de ses agents si la loi le prévoit ou si l'équité l'exige. La loi sur la responsabilité ne définit pas de manière plus précise la notion de dommage, celle de relation de causalité entre ce dommage et l'événement dommageable ainsi que celle de l'acte illicite. Pour interpréter ces notions, il convient de se référer aux règles ordinaires de droit privé et à la jurisprudence dans le domaine de la responsabilité civile (RJN 1998, p. 184 cons. 2; ATF 107 Ib 160 ; Knapp , Précis de droit administratif, 4e éd., nos 2428-2446), l'article 3 LResp spécifiant d'ailleurs que les dispositions du droit privé fédéral sont applicables à titre de droit supplétif (RJN 2005, p. 172 , 2003, p. 219). La responsabilité de la collectivité publique est donc engagée lorsque les trois conditions de l'existence d'un acte illicite, d'un dommage et d'un rapport de causalité adéquate entre ces derniers sont réalisées. Un comportement illicite n'entraîne une obligation de réparer que s'il a provoqué un dommage et s'il existe entre ces deux éléments un lien de causalité naturelle et adéquate. La preuve en incombe au demandeur. La rigueur de cette exigence est atténuée en ce qui concerne la causalité naturelle, en ce sens que le juge peut se contenter de la vraisemblance prépondérante, mais non pas de la simple possibilité d'un tel lien (RJN 2005, p. 172 cons. 3a). Un fait est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non. En d'autres termes, il existe un lien de 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 du degré de vraisemblance prépondérante. En pareil cas, l'allégement 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 4.4.2 et la jurisprudence citée). Un lien de causalité est adéquat quand un événement est propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à produire ou à favoriser une conséquence semblable à celle qui s'est réalisée concrètement (ATF 121 III 350 cons. 7a; 119 Ib 334 cons. 4 et 5). b) Le médecin a pour mission de s'efforcer de parvenir au résultat escompté grâce à ses connaissances et à son savoir-faire. Cela ne signifie pas qu'il doive aboutir à un résultat, ou qu'il soit tenu de le garantir. Les exigences liées au devoir de diligence du médecin ne peuvent être déterminées de manière générale et abstraite, mais d'après les circonstances de chaque cas; sont à cet égard des critères décisifs le genre d'intervention ou de traitement et les risques qui en découlent, la marge d'appréciation et le temps dont dispose le médecin, ainsi que la formation et les capacités que l'on peut objectivement en l'état exiger de lui. 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 (ATF 120 Ib 411 cons. 4a p. 413; 116 II 519 cons. 3a; 115 Ib 175 cons. 2b; 113 II 429 cons. 3a, p. 432/433; cf. Kuhn, *Ärztliche Kunstfehler*, RSJ 83/1987 p. 353 ss, spécialement p. 357). Son comportement est illicite lorsqu'il enfreint une injonction ou une interdiction écrite ou non écrite de l'ordre juridique destinée à protéger le bien en cause, en particulier lorsqu'il viole les règles de l'art médical (ATF 113 Ib 420 cons. 2). Celles-ci sont les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (ATF 108 II 59 cons. 1; 64 II 200 cons. 4a, p. 205). Si un médicament est utilisé pour d'autres indications que celles mentionnées dans la notice, on parle de médicament hors étiquette (ou "off label" ou "hors indication"). Ce genre de pratique relève de la liberté thérapeutique des médecins; elle est donc en principe admise. Un tel emploi est licite si les devoirs généraux de diligence institués par la loi sur les produits thérapeutiques (art. 3 et 26 LPT), ainsi que les règles reconnues de la science médicale, sont respectés. L'article 3 LPT précise que quiconque effectue une opération en rapport avec des produits thérapeutiques est tenu de prendre toutes les mesures requises par l'état de la science et de la technique afin de ne pas mettre en danger la santé de l'être humain et des animaux. Les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments (art. 26 al. 1 LPT). C'est le médecin traitant qui porte l'entière responsabilité de la thérapie. Si des complications surgissent, il doit donc pouvoir prouver qu'il a respecté son devoir de diligence et que le traitement correspondait à l'état de la science (ATF 134 IV 175 cons. 4). Le devoir de diligence du médecin comprend aussi celui de veiller sur le patient après une intervention ou un traitement (Gross, *Haftung für medizinische Behandlung*, Berne 1987, p. 182). Le droit de la responsabilité doit tenir compte du fait que l'activité du médecin est exposée à des risques et des dangers. Ce dernier dispose d'une certaine marge d'appréciation entre les différentes possibilités de diagnostic ou de thérapie qui entrent en considération, et le choix auquel il procède doit requérir toute son attention. Le médecin n'engage pas nécessairement sa responsabilité lorsqu'il n'a pas trouvé la solution qui était objectivement la meilleure lorsqu'on en juge a posteriori. Une violation des règles de l'art médical est réalisée lorsqu'un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical est indéfendable dans l'état de la science ou sort du cadre médical considéré objectivement : le médecin ne répond d'une appréciation erronée que si celle-ci est indéfendable ou se fondait sur un examen objectivement insuffisant (ATF 120 Ib 411 cons. 4a in fine, p. 413-414). c) Une atteinte à l'intégrité corporelle est illicite à moins qu'il n'existe un fait justificatif. Dans le domaine médical, la justification de l'atteinte réside le plus souvent dans le consentement du patient; pour être efficace, le consentement doit être éclairé, ce qui suppose de la part du praticien de renseigner suffisamment le malade pour que celui-ci donne son accord en connaissance de cause. Le devoir d'information du médecin résulte également de ses obligations contractuelles, comme le confirment la doctrine et une jurisprudence constante (ATF 133 III 121 cons. 4.1.3 et les références). Le médecin doit donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment relatives à l'assurance. Des limitations voire des exceptions au devoir d'information du médecin ne sont admises que dans des cas très précis, lorsque l'intervention est anodine, s'il y a une urgence confinant à l'état de nécessité ou si, dans le cadre d'une opération en cours, il y a une nécessité évidente

d'en effectuer une autre. Une autre exception au devoir d'informer concerne les risques rares et inhabituels, qui n'ont pas besoin d'être mentionnés spécifiquement suivant les circonstances et à certaines conditions. C'est au médecin qu'il appartient d'établir qu'il a suffisamment renseigné le patient et obtenu le consentement préalable de ce dernier. Selon les recommandations des pharmaciens cantonaux publiées le 24 juin 2006 relatives à l'usage de médicaments "hors indication", le médecin a le devoir d'informer le patient que sa prescription est "hors indication" et d'obtenir son accord. Plus les connaissances scientifiques sur l'utilisation du médicament sont faibles, plus il faut admettre un besoin accru d'information (ATF 134 IV 175 cons. 4.3). En l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au médecin la faculté de soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Le praticien doit alors établir que le patient aurait accepté l'acte médical même s'il avait été dûment informé (ATF 133 III 121 cons. 4.1.3 et les références citées; arrêt du TF du 19.05.2009 [4A_604/2008] cons. 2.2).

E. 5

a) En l'occurrence, il est constant que la demanderesse présente un trouble neurologique grave. Les médecins consultés ne s'accordent pas sur le diagnostic à retenir. Certains parlent de dystonie ou dyskinésie tardive due à la prise de neuroleptiques (par exemple Prof. L.), d'autres font état d'une dystonie crânio-cervicale grave à plusieurs segments idiopathique et une dyskinésie oro-linguale passagère (rapport d'expertise du Dr I., p. 35 et 36 [p. 29 de la traduction]). Il n'est pas utile de s'attarder sur la divergence d'opinions relative au trouble neurologique de la demanderesse, à mesure que, pour les motifs qui suivent, cette controverse est sans incidence sur la solution. b) A. considère que la responsabilité du défendeur est engagée, en raison d'une prise en charge déficiente lors de ses hospitalisations à l'Hôpital psychiatrique. Elle fait en particulier valoir que la prescription de neuroleptiques, dont elle n'avait pas été avertie des effets secondaires, était contre-indiquée et dangereuse et est à l'origine de ses troubles neurologiques. aa) Cela revient en premier lieu à examiner si le traitement et la prise en charge étaient conformes aux règles de l'art médical. La demanderesse a été admise à trois reprises à l'Hôpital psychiatrique cantonal, du 6 janvier au 15 février, du 8 mars au 6 mai et du 7 juin au 24 septembre 2002, en raison de troubles psychiques et d'un syndrome de dépendance à l'alcool. Elle a reçu tout au long du traitement huit sortes de médicaments, des vitamines, des antidépresseurs, des neuroleptiques conventionnels (Nozinan, Entumine) et atypiques (Risperdal, Zyprexa), des tranquillisants, un antiépileptique thymorégulateur, un antiparkinsonien anticholinergique, un bêta-bloquant, un médicament aversif de l'alcool et un addictolytique. Les experts judiciaires ont considéré que l'examen des trois hospitalisations, l'analyse du suivi ambulatoire post-hospitalier et la lecture des pièces du dossier ne permettaient pas de conclure à une inobservance des règles de l'art dans la prise en charge psychiatrique de A.. La pose des diagnostics était correcte et la prescription a suivi la symptomatologie clinique de l'expertisée (réponse à la question no 6 de l'ordonnance du 12.02.2013). Ils ont précisé qu'au moment des hospitalisations, celle-ci présentait un risque pour elle-même et pour autrui et qu'il existait une crise psychique majeure accompagnée d'une imprévisibilité. Sur la base des pièces au dossier, le Dr J. a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec une perturbation mixte des émotions et des conduites lié à un facteur de crise aigu (demande de divorce), un syndrome de dépendance alcoolique avec une utilisation actuelle de drogue ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques survenant sur le terrain d'une psychose ordinaire (p. 38 de son expertise). Compte tenu de cette symptomatologie, les experts ont jugé que la prescription de neuroleptiques ne pouvait

pas être qualifiée d'inadéquate (réponse 8). Ils ont par ailleurs considéré que dès l'apparition des premiers symptômes d'atteinte extrapyramidale (seconde hospitalisation : dès le 11.04.2002; troisième hospitalisation : dès le 27.08.2002) les médecins ont arrêté (Risperdal) ou réduit les doses (Zyprexa, lors du troisième séjour, dès le 02.09.2002), tout en introduisant un correcteur (Akineton), qui a fait disparaître les symptômes. Cette façon de procéder était conforme aux limitations d'emploi figurant dans le Compendium des médicaments, dans sa version en vigueur au moment des faits (Compendium des médicaments, 2002, p. 2315 et 3001). Ces constatations ont conduit les experts à reconnaître que les médecins et le personnel soignant étaient attentifs et conscients des effets secondaires que pouvait provoquer la prise de neuroleptiques et qu'ils ont abordé le problème de manière adéquate, au regard de la situation existante à ce moment-là (expertise psychiatrique, p. 13). Ils ont finalement jugé que le diagnostic lors de la sortie de la troisième hospitalisation ne justifiait pas l'abandon du neuroleptique prescrit (Zyprexa) et considéré qu'aucune omission ne pouvait être mise en évidence (réponses 11 et 12). bb) Il n'a pas échappé aux experts judiciaires, pas plus d'ailleurs qu'au Dr F. et au Dr M. (expertise du 19.10.2004 et son complément du 11.05.2005 pour le Dr F., rapport du 29.07.2009 pour le Dr M.), que la prescription d'antipsychotiques à une patiente soignée pour un syndrome de dépendance à l'alcool n'obéissait pas aux indications prévues par les producteurs et celles qui sont inscrites dans le Compendium des médicaments. Ils ont défini ce type de traitement comme étant "hors indication" (ou " off label ", " hors étiquette "). De telles prescriptions dans les soins psychiatriques, notamment des patients souffrant d'une dépendance, étaient (en 2002) néanmoins courantes et admises selon une pratique médicale bien établie (et le sont d'ailleurs toujours), même si elles ont fait et font l'objet de certaines critiques (cf. outre l'appréciation du Dr F. ci-dessous, l'avis du Prof. L. du 2 septembre 2002). Le Dr F. a par exemple relevé que la prescription immédiate et conjointe de lévomépromazine (Nozinan) et d'oxazépam (Seresta), avant même d'avoir la preuve que l'oxazépam est efficace à elle seule, était une pratique non idéale, mais courante en 2002 (et encore en 2005, date de son expertise, cf. p. 5). Il a également relevé que, selon le Compendium, la rispéridone (Risperdal) et l'olanzapine (Zyprexa), n'étaient (et ne sont) pas prévues pour traiter l'alcoolisme, ni les états anxieux ou dépressifs chez l'adulte, mais que la pratique médicale en admettait malgré tout l'usage en cas d'état anxieux et dépressif, le bénéfice de ce traitement "hors indication" étant attesté par plusieurs publications. Il en a conclu que ces prescriptions ne respectaient certes pas les critères rigoureux de la médecine fondée sur les preuves, mais qu'elles constituaient malgré tout une pratique "hors indication" admise et conforme aux règles de l'art médical . Le Dr M. a également reconnu et précisé, en se fondant sur des études médicales disponibles à l'époque, que l'utilisation des neuroleptiques conventionnels dans le cadre d'une urgence psychiatrique, en cas d'agitation, d'anxiété aiguë avec instabilité comportementale, d'insomnies, était considérée comme une pratique conforme aux règles de l'art (et admises encore de nos jours) pour autant que les doses prescrites soient minimales et limitées dans le temps, ce qui a été le cas en l'occurrence. Le Dr M. a par ailleurs relevé que l'usage de neuroleptiques antipsychotiques atypiques était (en 2002 et l'était encore en 2009, date à laquelle il a rédigé son rapport) considéré comme adéquat dans des situations de résistance au traitement antidépresseur ou encore en cas d'anxiété aiguë associée à une comorbidité telle que l'abus de substances (intoxication ou sevrage), même si de telles prescriptions étaient faites "hors indication". Il a finalement précisé, sur la base d'une publication, que les médecins s'accordaient sur le fait que les neuroleptiques antipsychotiques atypiques avaient l'

avantage de démontrer peu ou pas de potentialité de causer des symptômes extrapyramidaux ou de dyskinésie tardive. Les experts judiciaires ont confirmé en tout point ces appréciations. cc) Même si le juge n'est en principe pas lié par le résultat d'une expertise, il ne saurait, sans motif déterminant, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire (ATF 122 V 160 cons. 1a, 119 Ib 274 cons. 8a, 118 Ia 146 cons. 1c et les références). Ce n'est que lorsqu'il se trouve en présence de deux expertises contradictoires, ou lorsque les conclusions de l'expert lui apparaissent douteuses sur les points essentiels, qu'il doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes (ATF 118 Ia 146 cons. 1c). En l'occurrence, les conclusions des experts relatives à la prise en charge psychiatrique lors des trois séjours de la demanderesse à l'Hôpital psychiatrique ainsi que le suivi ambulatoire post-hospitalier sont convaincantes. Elles procèdent de déductions cohérentes fondées sur leur propre observation, leur expérience, la doctrine médicale, ainsi que sur une analyse fouillée des dossiers médicaux et pénal. Elles ne comportent pas d'obscurités, ni de contradictions. Elles rejoignent entièrement celles du Dr F. et du Dr M., qui s'étaient déjà prononcés sur cette question. L'avis du Prof. L., selon lequel les médecins auraient dû se montrer "plus prudents" au regard des divers indices concernant la patiente (alcoolisme possible ayant laissé des séquelles cérébrales chez une femme, qui constituaient des facteurs de risque supplémentaires de développer des troubles neurologiques) n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts. Cette remarque ne permet en effet pas de considérer qu'il y a eu violation des règles de l'art médical dans le sens défini ci-dessus (cons. 4b). Pour ces motifs, la Cour de céans ne perçoit pas de raisons qui l'autoriseraient à s'éloigner de l'appréciation des experts et qui justifieraient de compléter l'instruction sur la prise en charge psychiatrique, sous la forme de questions complémentaires ou de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. La demanderesse remet en cause ces conclusions au motif que les experts se sont largement fondés sur l'appréciation du Dr M., dont l'avis est, selon elle, sujet à caution, car sollicité par le Dr H., dans le cadre de la procédure pénale introduite à son encontre. A ses yeux, cet avis ne constitue, dans ce contexte, qu'un simple allégué de partie rédigé sur la base d'un mandat non contradictoire. Outre le fait que les experts n'ont pas fondé leur appréciation sur ce seul document, on relèvera que le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant une procédure ne justifie pas, en soi, d'avoir des doutes quant à sa valeur probante. Si certains principes de procédure civile peuvent s'appliquer à titre de droit cantonal supplétif à l'action de droit administratif, le législateur a abandonné le renvoi général aux règles du CPC. Les règles de la LPJA, en particulier, le principe inquisitoire de l'article 14 LPJA, sont ici applicables, lequel oblige le juge notamment à rechercher d'office quelle est la réalité des faits décisifs, notamment sur les moyens de preuve offerts par les parties. Il ne peut pas écarter du dossier un moyen de preuve produit par une partie sans autre examen. Il doit au contraire déterminer si ce moyen est ou non propre à établir les faits. En droit public, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est en effet ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3). 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 du TF du 15.09.2008 [9C_885/2007] cons. 3.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce en ce qui concerne l'analyse effectuée par le Dr M. relative aux prescriptions médicales "hors indication" qui est complète, fondée sur une importante documentation médicale, et rejoint

celle qui a été faite par le Dr F.. Les experts judiciaires, qui avaient tout à fait conscience de l'origine de ce document, ont considéré que ce travail illustrait très bien la pratique médicale en matière de prescriptions de neuroleptiques "hors indication" et ont ainsi dûment expliqué les raisons pour lesquelles il était possible de s'y référer. Cette démarche n'est nullement critiquable. Pour le surplus, les arguments de la demanderesse pour dénier toute valeur probante aux réponses des experts (contradictions entre les deux experts, revirement d'appréciation du Dr J.) portent sur les diagnostics neurologiques et l'éventuel lien de causalité entre ces troubles et la prescription de neuroleptiques. Ils ne sont donc pas de nature à dénier la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise et des réponses aux questions sur la prise en charge psychiatrique. dd) Il peut par conséquent être tenu pour établi que lors de ses trois hospitalisations, l'état de santé psychique de la demanderesse a, quoi qu'elle en dise, nécessité la prescription de neuroleptiques, que le suivi de ce traitement a respecté la symptomatologie clinique de l'expertisée, en ce sens que les médecins et le personnel soignant étaient attentifs et conscients des effets secondaires que pouvaient provoquer les neuroleptiques et qu'ils ont abordé le problème de manière adéquate, pendant et après les séjours de la patiente. En particulier, on relèvera que dès l'apparition des premiers symptômes d'atteinte extrapyramidale, les médecins ont arrêté (Risperdal) ou réduit les doses (Zyprexa), conformément aux prescriptions figurant dans le Compendium des médicaments. Bien que le traitement ait été fait "hors indication", il correspondait en outre à une pratique médicale reconnue, admise et appliquée par les praticiens à l'époque. Le bénéfice du traitement "hors indication" était en outre, et surtout, attesté par la littérature médicale. Même si l'une ou l'autre prescription ne respectait pas les critères rigoureux de la médecine fondée sur les preuves [prescription immédiate et conjointe de lévomépromazine (Nozinan) et d'oxazépam (Seresta)], comme l'a relevé le Dr F., la Cour de céans considère que l'état de la science et de la technique à l'époque allait dans le sens que les médicaments prescrits étaient indiqués dans le cas particulier, l'usage de neuroleptiques antipsychotiques atypiques étant même conseillé dans la mesure où ils étaient moins susceptibles de provoquer des symptômes extrapyramidaux ou une dyskinésie tardive . On ne discerne dans ce qui précède ni une violation des articles 3 et 26 LPT, ni une violation du devoir de diligence. En tant qu'elle conclut que les soins prodigués ne respectaient pas les règles de l'art, respectivement viole l'article 3 LPT, la demanderesse substitue finalement son propre point de vue à celui des experts et ne saurait être suivie. Il n'est par conséquent pas possible de conclure que les thérapies mises en place étaient indéfendables dans l'état de la science ou qu'elles sortaient du cadre médical. Un tel constat permet d'exclure toute violation des règles de l'art médical dans le sens défini ci-dessus (cons. 4b). ee) Il s'ensuit que la demanderesse se prévaut en vain du Compendium des médicaments pour démontrer le caractère inadéquat des prescriptions de neuroleptiques, ce d'autant qu'elle se réfère à une version postérieure aux faits de la cause. ff) La demanderesse reproche encore aux experts judiciaires de ne pas avoir pris position sur les critiques émises par le Dr F. relatives à cette pratique médicale "hors indication". Elle soutient qu'en leur qualité de psychiatres, ils doivent sans "nul doute" administrer ce type de neuroleptiques dans des situations similaires et que leur avis, exempt de toute autocritique, ne peut pas emporter la conviction. Ce grief est mal fondé. La mission des experts consistait notamment à déterminer si la manière d'établir les diagnostics, la prise en charge et le traitement lors des hospitalisations de la demanderesse ont respecté les règles de l'art médical. Les experts judiciaires, qui pouvaient s'appuyer sur les travaux du Dr F. et du Dr M. figurant au dossier (cons. 5b/bb ci-dessus), ont répondu à cette question, en considérant qu'aucun reproche ne

pouvait être fait aux médecins, même si le traitement mis en place a été effectué "hors indication". Il ne leur appartenait pas de procéder à un audit de cette pratique. Leurs éventuelles observations à ce sujet auraient d'ailleurs été inutiles pour juger de la présente cause. Comme cela a été rappelé plus haut, une violation des règles de l'art médical est réalisée lorsqu'un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical est indéfendable dans l'état de la science ou sort du cadre médical considéré objectivement au moment des faits déterminants. La reconnaissance éventuelle, a posteriori, du caractère inadéquat d'une pratique bien établie et considérée comme appropriée à l'époque – comme c'est le cas en l'espèce (cons. 5b) – ne conduirait dès lors pas à admettre une violation des règles de l'art médical. Toute l'argumentation de la demanderesse à ce sujet peut dès lors être écartée.

c/aa) A. conteste également avoir été avertie des effets secondaires dangereux des neuroleptiques et soutient que, dûment informée, elle aurait renoncé à en prendre. Ce faisant, elle fait valoir une violation du devoir d'information du médecin. Le jugement pénal du 23 septembre 2009 expose de façon convaincante les raisons pour lesquelles il n'y a pas eu de négligence sur ce point. Il n'existe aucun motif de s'écarter de cette appréciation. On relèvera à cet égard que si un jugement pénal ne lie en principe pas l'autorité administrative, celle-ci ne peut s'en écarter que si elle est en mesure de fonder sa décision sur des constatations de fait que le juge pénal ne connaissait pas ou qu'il n'a pas prises en considération, s'il existe des preuves nouvelles dont l'appréciation conduit à un autre résultat, si l'appréciation à laquelle s'est livré le juge pénal se heurte clairement aux faits constatés ou si ce dernier n'a pas élucidé toutes les questions de droit (ATF 129 II 312 cons. 2.4, p. 315 et les arrêts cités). Tel n'est pas le cas en l'espèce et la demanderesse n'en invoque d'ailleurs aucune. Elle se réfère certes à un nouvel avis du Dr J. rendu postérieurement au jugement pénal, selon lequel il n'est plus possible actuellement de lever les divergences d'opinions entre la demanderesse et le corps médical (expertise psychiatrique, p. 33). Cet élément n'est toutefois pas décisif, dès lors que l'expert se limite à donner sa propre appréciation, sur la base des pièces des dossiers pénal et médical, auxquels le juge pénal a eu accès. Il est en outre conscient que son mandat d'expertise ne portait pas sur ce point. Il conclut en outre qu'il est "peu probable, (...), que la politique de l'hôpital ait été de ne pas informer ses patients sur les risques du traitement." bb) La demanderesse voit également une violation du devoir d'information dans le fait que le personnel soignant et les médecins ne l'ont pas informée que la prescription était "hors indication". On ignore, dans le cas particulier, si cette information a été transmise à la demanderesse, ce point n'ayant pas été spécifiquement traité dans le cadre des instructions mises en œuvre relatives au devoir d'information du médecin. Contrairement à l'avis de la demanderesse, on ne saurait toutefois se convaincre que, sur ce point, le besoin d'information était accru. Bien que le traitement fût "hors indication", il s'agissait d'une thérapie usuelle et qui était à l'époque en accord avec l'état de la médecine (cons. 5b ci-dessus). On peut donc admettre que le traitement médical ici en cause s'apparentait à une thérapie standard et non pas à une expérimentation médicale, circonstance qui aurait justifié un accord spécifique de participation de la part de la patiente (cons. 4c ci-dessus, ATF 134 IV 175 cons. 4.3). A cela s'ajoute que, bien qu'elle s'en défende, on doit admettre que la demanderesse aurait donné son consentement au traitement "hors indication". A. attendait des médecins qu'ils améliorent son état de santé. Il est établi qu'elle avait besoin d'un traitement aux neuroleptiques. Celui qui a été mis en œuvre par les médecins de l'hôpital constituait une pratique courante et admise à l'époque et présentait un faible risque de complications neurologiques graves et définitives. Pour les motifs qui précèdent (cons. 5c/aa), il faut en

autre considérer que les médecins n'ont pas failli à leur devoir d'information en matière d'effets secondaires. Il est ainsi manifeste que la demanderesse n'aurait pas renoncé au traitement au seul prétexte qu'il était "hors indication". En considération d'un risque d'une atteinte certes grave, mais si rare, l'avantage escompté du traitement l'eût emporté dans la pesée des intérêts contradictoires à laquelle elle aurait procédé. cc) Se référant à une jurisprudence de septembre 2004 (ATF 130 V 532), selon laquelle un médicament utilisé "hors indication" n'est, sauf exceptions, pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, la demanderesse invoque une autre violation du devoir d'information, au motif que les médecins ne l'aurait pas informée de ce risque. On ignore également si les médecins ont renseigné la demanderesse à ce sujet. On peut même se demander si cette jurisprudence, rendue postérieurement aux faits déterminants de la cause, est opposable aux médecins et au personnel soignant qui ont traité la demanderesse. Ces points peuvent demeurer ouverts. On doit en effet également reconnaître, au regard des considérations qui précèdent et de sa situation personnelle, que la question financière du traitement n'aurait pas influé sur le choix de la demanderesse, dûment informée, de poursuivre la thérapie. d) Aucun acte illicite ne pouvant être imputé aux médecins, il n'est pas nécessaire d'examiner si les autres conditions de la responsabilité au sens de l'article 5 LResp sont remplies; en particulier, il n'y a pas lieu de traiter du lien de causalité entre l'acte illicite et le dommage, de la preuve du dommage ou encore d'une éventuelle faute concomitante de la demanderesse, à qui le défendeur reproche de ne pas avoir respecté les prescriptions médicamenteuses. D'autres mesures d'instruction ne se justifient pas, car elles ne sauraient conduire à une appréciation différente de celle exposée ci-dessus. On relèvera à cet égard que la demanderesse a sollicité la mise en œuvre d'une contre-expertise et requis le témoignage de plusieurs personnes. La contre-expertise aurait pour but de déterminer si les atteintes neurologiques affectant la demanderesse ont pour origine la prescription de neuroleptiques, ce qui reviendrait à se pencher sur le lien de causalité, soit sur une question qui serait sans incidence sur la solution.

E. 6

La demanderesse conclut à titre subsidiaire à la condamnation du défendeur en vertu de l'article 7 LResp, aux termes duquel la collectivité peut répondre du dommage résultant des actes licites de ses agents si la loi le prévoit ou si l'équité l'exige. Aucune loi ne prévoit que les personnes qui subissent un dommage en raison d'un acte licite dans les mêmes circonstances que la demanderesse puissent en rendre responsable la collectivité publique. Il reste dès lors, au regard des dispositions de l'article 7 LResp, à examiner si cette responsabilité est engagée en vertu de la clause générale (si l'équité l'exige). Dans une affaire récente (RJV 2013, p. 416), la Cour de céans a jugé que les conditions mises à la responsabilité de la collectivité publique dans une telle hypothèse présupposait que le lésé ne soit pas à l'origine de l'action de l'Etat. On ne saurait rester insensible à la situation de la demanderesse, qui a été durement et définitivement affectée par un trouble neurologique grave, douloureux et handicapant. Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'elle a été hospitalisée à sa demande et que les médecins ont agi dans le but de soulager ses souffrances. Elle est dès lors à l'origine de l'action de l'Etat. Sa conclusion subsidiaire doit dès lors également être rejetée.

E. 7

Pour les motifs qui précèdent, l'action dirigée contre le défendeur se révèle mal fondée et doit être rejetée. La demanderesse qui succombe supportera les frais de la cause. Ils

comprennent les frais judiciaires, qui peuvent être ici arrêtés à 30'000 francs au regard de la valeur litigieuse (art. 12 du Décret fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative, ci-après TFrais, par renvoi de l'art. 48 TFrais) et des questions qui ont été débattues dans cet arrêt sur moyen séparé, ainsi qu'à 3'000 francs de débours forfaitaires (art. 49 al. 1 TFrais). A ces montants s'ajoutent les frais d'expertise judiciaire par 22'542 francs (art. 21 et 23 TFrais, par renvoi de l'art. 45) et de traduction par 4'339 francs, soit un total de 59'881 francs. Sous réserve du montant initial de 3'000 francs versé avant la demande d'assistance judiciaire partielle, ceux-ci ont été provisoirement avancés par l'Etat dans le cadre de l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1 let. a CPC, par renvoi de l'art. 60i LPJA). Selon l'article 120 CPC, le tribunal retire l'assistance judiciaire lorsque les conditions d'octroi ne sont plus remplies. Compte tenu des calculs effectués dans les ordonnances des 3 avril et 21 mai 2013, auxquelles il est renvoyé, et des frais judiciaires arrêtés ci-dessus, il s'avère que les conditions d'indigence ne sont plus remplies, la demanderesse étant en mesure d'amortir ces frais dans un délai de deux ans. Il convient dès lors de retirer l'assistance judiciaire partielle octroyée jusqu'ici. La demanderesse n'a pas droit à des dépens. Le défendeur étant une collectivité publique, il n'y a pas lieu non plus à allocation de dépens en ce qui le concerne (art. 48 al.1 LPJA).

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