

NE_GERICHTE CDP.2011.292 vom 2. Dezember 2014

NE Tribunal cantonal, 2014-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2011.292_d20141202

FR: NE_GERICHTE CDP.2011.292 du 2 décembre 2014

IT: NE_GERICHTE CDP.2011.292 del 2 dicembre 2014

Regeste

Décision sur moyen séparé. Recevabilité de l'action (péremption de la demande d'indemnisation). Connaissance du dommage.

Erwägungen

E. 1

a) La loi sur la responsabilité prévoit, sous le titre marginal "péremption", que 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 (art. 10). D'après l'article 11 al. 1, les prétentions de tiers contre la collectivité publique doivent être adressées par écrit au Département de la justice, de la sécurité et des finances, s'il s'agit de dommages résultant de l'activité d'agents de l'Etat (let. a), 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 (let. b). Selon l'alinéa 2 de cette disposition, 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. D'après l'alinéa 3, si la collectivité publique entre en pourparlers, le délai de six mois court dès sa dernière prise de position. b) Selon la jurisprudence relative à l'article 60 al. 1 CO – à laquelle il y a lieu de se référer (cf. art. 3 LResp qui déclare les dispositions du droit privé fédéral applicables à titre de droit supplétif) –, 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 (ATF 136 III 322 cons. 4.1); le dommage est suffisamment défini lorsque le créancier détient assez d'éléments, quant à son principe et son étendue, pour qu'il soit en mesure de l'apprécier. 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'article 42 al. 2 CO (arrêt du TF du 29.01.2007 [4P.294/2006] cons. 4.5; ATF 131 III 61 cons. 3.1.1, 111 II 55 cons. 3a; RJN 2000, p. 218, p. 220). Eu égard à la brièveté du délai de prescription d'un an, on ne saurait se montrer trop exigeant à l'égard du lésé; suivant les circonstances, un certain temps doit lui être laissé pour lui permettre d'estimer l'étendue définitive du dommage, seul ou avec le concours d'un tiers (arrêt du TF du 19.05.2014 [4A_34/2014] cons. 5.1; ATF 111 II 55 cons. 3a). Si le législateur cherchait à éviter, pour la sécurité du droit, que le lésé ne tarde à agir, il ne voulait pas non plus l'obliger à intenter action avant de connaître les éléments essentiels de son préjudice, ce qui le contraindrait à réclamer d'emblée le maximum de ce à quoi il pourrait avoir droit, ou à amplifier ses conclusions au fur et à mesure que les suites du fait dommageable se déclarent; or, de tels procédés présentent de graves inconvénients sous

l'angle de l'administration de la justice (arrêt du TF du 6.01.2011 [4A_454/2010] cons. 3.1; ATF 74 II 30 cons. 1a). Le délai part du moment où le lésé a effectivement connaissance du dommage, et non de celui où il aurait pu découvrir l'importance de sa créance en faisant preuve de l'attention commandée par les circonstances (arrêt du TF du 19.05.2014 [4A_34/2014] cons. 5.1; ATF 111 II 55 cons. 3a). Cette jurisprudence ne va cependant pas jusqu'à protéger celui qui se désintéresse de la question du dommage. Le lésé est tenu d'avoir un comportement conforme à la bonne foi (art. 2 CC) (Brehm , Berner Kommentar, 3ème éd., n° 60a ad art. 60 CO). S'il connaît les éléments essentiels du dommage, on peut attendre de lui qu'il se procure les informations complémentaires nécessaires à l'ouverture d'une action (arrêt du TF du 6.01.2011 [4A_454/2010] cons. 3.1; ATF 109 II 433 cons. 2). Lorsque l'ampleur du préjudice dépend d'une situation qui évolue, la prescription ne court pas avant le terme de cette évolution. Tel est notamment le cas du préjudice consécutif à une atteinte à la santé de la victime dont il n'est pas possible de mesurer d'emblée l'évolution avec suffisamment de certitude (arrêt du TF du 18.07.2012 [4A_136/2012] cons. 4.2; ATF 112 II 118 cons. 4, 108 Ib 97 cons. 1c). En cas de lésions corporelles, il n'y a pas lieu de considérer séparément, du point de vue de la prescription, les frais médicaux et d'hospitalisation, la perte de gain due à l'interruption du travail pendant le traitement et la convalescence, le préjudice correspondant à l'incapacité de travail temporaire et le préjudice résultant de l'invalidité permanente (principe de l'unité du dommage). Dès lors, en règle générale, le délai de prescription ne court qu'à compter du moment où le demandeur a connaissance, dans les grandes lignes, de toutes les conséquences de l'acte (arrêt du TF du 6.01.2011 [4A_454/2010] cons. 3.1; ATF 74 II 30 cons. 1d, 92 II 1 cons. 3).

E. 2

La présente décision sur moyen séparé a pour but d'examiner si la demande d'indemnisation du 27 mai 2011 était tardive et, partant, si les prétentions formulées en justice par la demanderesse sont périmées. Est en l'occurrence décisive la question de savoir quand est intervenue la connaissance du dommage faisant partir le délai de péremption de l'article 10 LResp . a) Dans un rapport daté du 16 septembre 2009 adressé au Dr D., de l'Hôpital neuchâtelois, le Dr E., du même hôpital, a indiqué que si l'intéressée envisageait une grossesse sans que celle-ci survienne rapidement, il y avait lieu d'effectuer précocement une laparoscopie exploratrice avec chromo-perturbation au bleu. Dans un rapport du 5 février 2010 adressé au Dr A., le Dr F., du même hôpital, a préconisé un ultrason endovaginal de contrôle dans les deux mois et proposé, en cas de persistance d'un sactosalpinx, de procéder à une laparoscopie. Au préalable, il y avait lieu d'effectuer un spermogramme du mari. Dans son courrier du 28 mai 2010 adressé au CPMA, le Dr A. a indiqué que, suite à son hospitalisation en janvier 2010 pour une pelvipéritonite sur appendicite perforée, sa patiente s'inquiétait pour sa fertilité et demandait des examens complémentaires. Elle a expliqué avoir proposé dans un premier temps une hystérogographie sous couverture antibiotique; si celle-ci confirmait les lésions tubaires et à la réserve ovarienne, il y avait lieu d'envisager plutôt une PMA (procréation médicalement assistée) qu'une chirurgie tubaire, raison pour laquelle elle lui avait adressé ce couple. Par e-mail du 5 novembre 2010, le Dr C. a annoncé à X. que l'hystérosalpingographie semblait confirmer un manque de perméabilité des deux trompes. Dans son courrier du 9 septembre 2010, ce même médecin a informé le Dr A. que l'échographie effectuée le 30 août 2010 avait montré une taille légèrement réduite des ovaires. Il n'y avait en revanche pas de sactosalpinx. Il a indiqué avoir longuement discuté avec la patiente de l'origine potentielle de l'atteinte tubaire. Selon lui, on pouvait la faire remonter de façon quasiment certaine pour le moins au premier épisode de pelvipéritonite.

La réserve ovarienne, peut-être abaissée, était une découverte fortuite. Il a également précisé que, au cas où les sactosalpinx seraient présents avec une forte dilatation pendant l'hystérosalpingographie, l'indication à pratiquer une nouvelle intervention, avec salpingectomie, soit pour le moins ouverture des sactosalpinx, pourrait être envisagée dans le but premièrement d'augmenter les chances d'une fécondations in vitro, sous réserve d'un "TRO" compatible avec une stimulation, et d'autre part de diminuer les risques de grossesse extra-utérine. En revanche, les chances qu'une plastie tubaire puisse être entreprise dans ce contexte infectieux répété lui paraissaient très faibles, voire nulles. b) Lors de son interrogatoire, la demanderesse a déclaré qu'elle avait été informée des risques qu'elle encourait concernant sa fertilité lors de sa deuxième hospitalisation, en janvier 2010, dans le département gynécologie. Elle a expliqué avoir également parlé de ce risque avec son gynécologue traitant, le Dr A., mais n'y avoir toutefois pas cru, gardant l'espoir que ce risque ne se concrétiserait pas chez elle. Elle s'est donc rendue au CPMA à Lausanne pour avoir une preuve et sortir de cette situation d'incertitude. Elle n'a eu de certitude au sujet de sa fertilité qu'en consultant le Dr C., qui devait également déterminer si une FIV pouvait être pratiquée, plus précisément en recevant sa lettre du 29 novembre 2010. c) Le Dr A. a indiqué que la demanderesse était au courant qu'elle présentait une atteinte tubaire suite à l'hystérogographie (du 25.03.2010). Elle pensait lui en avoir parlé lors de la consultation du 7 avril 2010. A cette occasion, il a été évoqué le fait qu'une atteinte tubaire pouvait "induire" une infertilité et que cette situation pouvait être en lien avec les hospitalisations de 2009 et 2010. Ce médecin a confirmé avoir adressé sa patiente au Dr C. afin d'évaluer les chances d'une PMA, voire de l'opportunité d'une chirurgie tubaire, en raison de l'atteinte tubaire et d'une insuffisance ovarienne déjà constatées. Le Dr C. a quant à lui expliqué que lorsque le Dr A. lui a adressé sa patiente, un problème d'infertilité avait déjà été médicalement constaté chez elle en raison du sactosalpinx bilatéral mis en évidence à l'hystérosalpingographie et de l'investigation de la réserve ovarienne. A cet égard, il a précisé que, selon ses notes, lors de la première consultation du 30 août 2010, la demanderesse avait connaissance du résultat de l'hystérosalpingographie. A cette occasion, il a d'emblée été évoqué qu'à priori seule une fécondation in vitro pouvait être utile dans ce cas. Une seconde échographie pelvienne a été réalisée le 9 novembre 2010, qui a confirmé un volume ovarien significativement diminué des deux côtés. Les trompes n'étant pas visualisées, l'indication à pratiquer une salpingectomie (ablation des trompes) bilatérale en vue d'une fécondation in vitro n'était à priori pas nécessaire. A sa consultation du 26 novembre 2010, il a confirmé à sa patiente qu'il était possible de passer d'emblée en fécondation in vitro sans laparoscopie préalable et lui a donné des explications précises concernant le traitement. De l'ICSI a été proposée aux patients dans le but d'optimiser l'efficacité du traitement au vu du probable faible nombre d'ovocytes qui aurait pu être obtenu. d) Il découle de ce qui précède qu'en tout cas le 7 avril 2010, la demanderesse connaissait l'existence de l'atteinte tubaire ainsi que les risques que celle-ci générait sur sa fertilité. La question de savoir si à cette date, elle savait de manière certaine qu'elle présentait des problèmes de fertilité, comme le laisse entendre le Dr C. est plus délicate. Quoi qu'il en soit, cela n'est pas décisif. Le délai de prescription ne court en effet qu'à compter du moment où le demandeur a connaissance des circonstances propres à fonder et à motiver une demande en justice, et partant, dans les grandes lignes, de toutes les conséquences de l'acte. Or le principe de l'unité du dommage implique de ne pas considérer séparément, du point de vue de la prescription, les différents préjudices résultant de l'atteinte corporelle. Partant, la connaissance du dommage n'est en l'occurrence pas

intervenue au moment où la demanderesse a su qu'elle présentait une atteinte tubaire et l'infertilité qui pouvait en découler, mais au moment où elle a également eu connaissance de leurs conséquences au niveau des potentiels traitements. En l'espèce, avant la consultation du 30 août 2010 avec le Dr C., l'intéressée ignorait si un traitement était effectivement envisageable et, le cas échéant, lequel (chirurgie et/ou pma). Il découle en effet du courrier du 28 mai 2010 du Dr A. au CPMA que si une chirurgie tubaire n'était pas prioritairement envisagée, elle n'était en revanche à ce stade pas encore totalement exclue. La demanderesse n'a en tous les cas su que lors de la consultation du 30 août 2010 avec le Dr C. que seule une FIV était possible. Dans son courrier du 9 septembre 2010, ce médecin a encore indiqué au Dr A. qu'une nouvelle intervention, avec salpingectomie, soit pour le moins ouverture des sactosalpinx, pourrait être envisagée dans le but d'augmenter les chances d'une fécondation in vitro et de diminuer les risques de grossesse extra-utérine (en cas de sactosalpinx avec une forte dilatation pendant l'hystérosalpingographie). La seconde échographie pelvienne réalisée le 9 novembre 2010 a quant à elle permis au Dr C. de considérer que l'indication à pratiquer une ablation des trompes bilatérale en vue d'une fécondation in vitro n'était à priori pas nécessaire. Ce n'est finalement que le 26 novembre 2010 qu'il a confirmé à sa patiente qu'il était possible de passer d'emblée en fécondation in vitro sans laparoscopie préalable et lui a donné des explications précises concernant le traitement. Ce n'est donc que le 26 novembre 2010 que la demanderesse a été précisément au courant du traitement à suivre et du fait qu'elle n'avait pas à subir d'intervention. Le délai de péremption a donc commencé à courir à cette date. Adressée le 27 mai 2011, la requête d'indemnisation est intervenue dans le délai d'une année prévu par l'article 10 LResp. L'action a par ailleurs été introduite dans le délai de six mois prévu par l'article 11 al. 2 LResp, de sorte que celle-ci est recevable.

E. 3

La demande est recevable. Les frais et dépens de la décision suivront le sort de la cause.

E. 21

de la loi sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents [LResp; 58LPJA), dirigée contre l'Hôpital neuchâtelois.

2.a) 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, 4^e 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).

b) 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. 175 cons. 3a).

c) La notion d'illicéité est la même en droit privé fédéral et en droit public cantonal de la responsabilité. Le personnel chargé des soins (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.) est tenu de respecter les règles de l'art médical, afin de protéger la vie ou la santé du patient. Il doit observer la diligence requise, déterminée selon des critères objectifs. La notion d'illicéité rejoint ici celle de violation du devoir de diligence, appliquée en matière de responsabilité contractuelle (arrêt du TF du 25.10.2011 [4A_315/2011] cons. 3.1). Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens. Savoir si le médecin ou l'un de ses auxiliaires a violé son devoir de diligence est une question de droit; dire s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relève du fait. 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. 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 cons. 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 (ATF 130 IV 7 cons. 3.3; 120 Ib 411 cons. 4). Ces principes valent aussi pour les cas dans lesquels l'acte médical incriminé a eu de graves conséquences. La raison en est que le droit suisse de la responsabilité civile, dans son état actuel, ne permet pas au juge de moduler le degré de la diligence requise en fonction de la gravité de l'atteinte subie par le lésé, pas plus qu'il n'autorise à reconnaître la responsabilité du médecin et de ses auxiliaires au seul motif que cette solution serait équitable, étant donné la gravité des suites que l'acte médical a eues

pour le patient ou ses proches (arrêt du TFdu25.10.2011 [4A_315/2011]cons. 3.1).

3.a) Il résulte de l'expertise que la demanderesse a tout d'abord subi, lors de sa première hospitalisation en 2009, des lésions intra-abdominales et para-tubaires infectieuses liées à une appendicite perforée avec infection par sa propre flore bactérienne endogène, sensible aux antibiotiques administrés. Malgré un traitement chirurgical et antibiotique, elle a ensuite développé deux abcès intra-abdominaux à flore bactérienne mixte, toujours sensibles aux antibiotiques administrés. Puis, en janvier 2010, elle a été atteinte d'un abcès intra-abdominal para-tubaire, possiblement lié à une persistance de foyer infectieux à bas bruit, associé à un petit inoculum de bactéries. Actuellement, la seule lésion cliniquement identifiable est une obstruction des trompes, asymptomatique mais empêchant toute grossesse. Les experts ont précisé que le volume ovarien faible constaté par le Dr C. _____ en 2011 n'avait aucune corrélation et n'était pas la conséquence des différentes infections subies par l'expertisée en 2009 et 2010. Il s'agit en effet uniquement d'un vieillissement ou d'une consistance de l'ovaire propre à l'intéressée.

b) En substance, la demanderesse considère que les complications intra-abdominales apparues entre septembre 2009 et janvier 2010 auraient été favorisées par une mauvaise prise en charge antibiotique lors de son hospitalisation de 2009. Ces complications auraient quant à elles causé une atteinte tubaire, responsable de ses problèmes actuels de fertilité. Par cette prise en charge médicamenteuse inadéquate, l'hôpital aurait donc, selon la demanderesse, commis un acte illicite en violant les règles de l'art médical. L'expertise ne permet cependant pas de confirmer cette argumentation.

En effet, selon les experts, la prise en charge infectiologique en été 2009, par un traitement d'abord empirique (1 dose en intraveineuse en urgence) d'Augmentin® 2.2g, suivi par un traitement ciblé de Tazobac® 4.5g (3x/jour IV pendant 15 jours) ainsi que par un traitement intraveineux d'Augmentin® 2.2g IV (3x/jour pendant 5 jours) puis per os d'Augmentin® 1g (3x/jour pendant 13 jours) était adéquate. Ils ont expliqué qu'au vu du poids de la patiente, la posologie était appropriée. Une administration d'antibiotique par perfusion intraveineuse prolongée (sur 3h) ou en continu (sur 24h) n'était, à l'époque, pas préconisée et ne se fait pas encore en routine actuellement. L'administration du traitement antibiotique par voie intraveineuse pendant trois semaines suivie de deux semaines par voie orale était suffisante, à condition que l'adhérence de la patiente à domicile fût assurée à 100 %. Il fallait cependant signaler, en se référant à de la littérature médicale datant de 2016, que chez une minorité de patients la biodisponibilité de l'Augmentin® par voie orale n'est pas optimale. Par ailleurs, malgré certaines incertitudes scientifiques concernant la durée optimale de l'antibiothérapie d'une péritonite bactérienne, la durée du traitement était tout à fait dans les normes acceptables selon les standards nationaux et internationaux. D'ailleurs, à condition que le lavage chirurgical ait été bien conduit, même des courtes durées de traitement antibiotiques semblent efficaces.

L'intervention chirurgicale du 28 septembre 2009 semblait quant à elle avoir été effectuée avec diligence, dans les règles de l'art des guidelines de chirurgie viscérale pour les interventions par voie laparoscopique. L'approche choisie pour la prise en charge des deux abcès intra-abdominaux post-opératoire, consistant à procéder à une ponction sous contrôle radiologique avec drainage suffisant et traitement antibiotique, est quant à elle défendable et ne présente en aucun cas une erreur majeure de prise en charge thérapeutique. Selon avis de collègues consultés par les experts, cette approche reste une pratique tout à fait courante et adéquate, en absence de septicémie ou d'autres signes de propagation de l'infection.

Par ailleurs, lors de la première hospitalisation les drains intra-abdominaux ont correctement été retirés avant ou en début du week-end prolongé du Jeûne fédéral (18.09 au 21.09).

Enfin, la prise en charge diagnostique et thérapeutique lors de l'hospitalisation de 2010 semblait acceptable aux experts, malgré l'absence de nouvelle ponction diagnostique qui aurait permis d'établir avec certitude l'étiologie bactérienne et d'évacuer complètement le liquide infecté. L'évolution clinique sous traitement antibiotique à large spectre (d'abord par voie intraveineuse, puis orale) était néanmoins tout à fait acceptable sans ponction, ce qui indique que ce traitement antibiotique empirique a été très probablement adéquat et bien mené. S'agissant de l'absence de nouvelle ponction diagnostique en janvier 2010, les experts ont précisé que pour un abcès intra-abdominal, un tel acte est surtout indiqué en cas de doute sur l'étiologie bactérienne et de fortes chances d'échec thérapeutique lié à la résistance bactérienne contre les antibiotiques administrés de manière probabiliste (thérapie dite "empirique"). Or les bactéries isolées en 2009 étant toutes multi-sensibles aux antibiotiques habituellement administrés pour ce type d'infection intra-abdominale, les médecins en charge de l'expertise ont probablement préféré opter pour un traitement empirique à large spectre, avec forte probabilité de couvrir les bactéries potentiellement incriminées dans ce deuxième épisode d'abcès para-tubaire. Par ailleurs, une ponction diagnostique d'un abcès para-tubaire n'est pas sans risque. Même sous contrôle radiologique, ce geste peut causer des complications sévères. Il est donc également possible que le risque d'une nouvelle ponction diagnostique ait été considéré comme trop élevé au niveau bénéfice-risque (rapport complémentaire).

Il ressort du rapport d'expertise qu'aucun acte médical dans la prise en charge de la demanderesse n'est apparu indéfendable aux yeux des experts. En particulier, contrairement à ce qu'elle soutient, les traitements antibiotiques qui lui ont été administrés lors de sa première hospitalisation étaient adéquats. Il en est de même s'agissant des traitements chirurgicaux prodigués en 2009, de la gestion des drains ainsi que du diagnostic posé et de la thérapie fournie en 2010. Quant à l'argument selon lequel l'équipe médicale aurait perdu du temps en privilégiant la piste d'une maladie sexuellement transmissible retardant les investigations nécessaires, il tombe à faux puisque l'intéressée a été correctement traitée. En conclusion, la prise en charge de la demanderesse par l'Hôpital neuchâtelois a été, à tout point de vue, conforme aux règles de l'art médical. Le défendeur ayant respecté son devoir de diligence envers la demanderesse, aucun acte illicite ne peut être retenu à son encontre.

c) On ajoutera que 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 la peine de verser dans l'arbitraire (arrêt de la CDP du 29.08.2014 [CDP.2004.87], ATF 122 V 160 cons. 1a, 119 Ib 274 cons. 8a, 118 Ia 146 cons. 1c). 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 (118 Ia 146 cons. 1c). En l'occurrence, les réponses données par le Prof. E. _____ et le Dr D. _____ sont claires, circonstanciées et cohérentes. Elles résultent d'une analyse approfondie des dossiers médicaux et sont étayées par de la doctrine médicale actuelle. Leurs réponses et précisions subséquentes ne comportent pas de contradictions et sont pleinement convaincantes. Il n'existe donc aucun motif qui justifierait que la Cour de céans s'écarte de ce rapport

d'expertise, dont la valeur probante n'est au demeurant remise en cause par aucune des parties.

d) Aucun acte illicite ne pouvant être imputé au défendeur, il n'est pas nécessaire d'examiner si la demanderesse a réellement subi un dommage, s'il existe un lien de causalité entre celui-ci et le (prétendu) acte illicite et s'il y a lieu d'allouer une indemnité pour tort moral à l'intéressée.

4. Il suit de ce qui précède que la demande se révèle mal fondée et doit être rejetée. Vu le sort de la cause, la demanderesse en supportera les frais arrêtés à 20'460 francs. Ceux-ci comprennent un émolument pour la décision au fond, par 9'680 francs, fixé en fonction de la valeur litigieuse (art. 12 TFrais, par renvoi de l'art. 48 TFrais), débours forfaitaires compris (art. 49 al. 1 TFrais), 10'480 francs de frais d'expertise ainsi que 300 francs facturés par le Dr C. _____ pour son intervention en tant que témoin. Le défendeur étant une collectivité publique, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens (art. 48 al. 1 LPJA).

Par ces motifs, LA Cour de droit public

1. Rejette la demande.

2. Met à la charge de la demanderesse les frais de la cause arrêtés à 20'460 francs, montant compensé par ses avances de frais de 9'680 et de 11'000 francs.

3. Ordonne la restitution du solde de ses avances.

4. N'alloue pas de dépens au défendeur.

Neuchâtel, le 24 novembre 2017

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