

Recueil d'annales 2021 - 2022

Licence 3

Semestre Impair

Session 1



SOMMAIRE

Contentieux administratif.....	3
Droit international public (avec TD).....	5
Droit international public (sans TD).....	7
Droit des affaires.....	8
Droit du marché intérieur européen.....	11
Droit de l'UE.....	29
Droit du travail (avec TD).....	30
Droit du travail (sans TD).....	36
Droit fiscal.....	37
Libertés publiques.....	38
Régime général des obligations.....	42
Note de synthèse.....	44



UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d' Economie , Gestion et A.E.S

Année Universitaire 2021-2022

Durée : 3 heures

Semestre : 5

Session : 1

Contentieux administratif

3^{ème} année de licence de droit (avec TD)

Enseignants : M. Erwan LE CORNEC (cours magistral), Nathalie CARDUNER (chargée de TD)

Documents autorisés : code de justice administrative seulement, en version « sèche » (sans aucun commentaire, sans marqueurs de page) : version Legifrance ou autre version non commentée, au choix.

Traitez au choix l'un des deux sujets suivants :

Sujet n°1

Cas pratique :

Le 28 septembre 2021, le pignon de Monsieur Eric COCHET a fait l'objet de propos outrageants à l'égard du maire de la ville de Brest.

Après entretien avec les services techniques de Brest métropole, vous apprenez que la ville enlève gratuitement les inscriptions sur les murs des particuliers dès lors que ces derniers sont visibles depuis l'espace public. Vous convenez donc que le service propreté interviendra pour procéder aux travaux de nettoyage de votre façade, en surplomb de l'hôtel de ville.

Peu de temps après, Monsieur Eric COCHET s'aperçoit que le pignon présente certains désordres : des cloques sont apparues sur le mur après le nettoyage par les services de la collectivité.

Monsieur Eric COCHET suspecte l'action du service propreté d'en être à l'origine, d'autant que sa maison vient tout juste de faire l'objet d'un ravalement complet par une entreprise spécialisée, qu'il avait déjà fait intervenir par le passé.

Mécontent, Monsieur Eric COCHET a adressé une réclamation au Cabinet du maire, reçue le 30 novembre 2021.

Le 2 décembre 2021, Monsieur Eric COCHET reçoit un courrier du maire dans lequel il rejette toute causalité entre l'intervention des services techniques et les désordres apparus sur son mur. Le maire lui conseille alors d'intenter une action en responsabilité contre l'entreprise en charge de la réfection de la façade.

Monsieur Eric COCHET ne comprend pas pourquoi il devrait se retourner contre son entrepreneur, d'autant qu'un ancien agent de la collectivité, sous contrat, lui a indiqué, qu'au mois de septembre, les services techniques expérimentaient un nouveau solvant pour enlever les inscriptions. Cet agent est même prêt à témoigner et à déclarer que les désordres sont localisés à l'endroit même où les services techniques sont intervenus.

Vous assurez la défense des intérêts de Monsieur Eric COCHET, qui vient vous voir le 3 décembre 2021.

Rédigez une proposition de requête telle qu'elle serait déposée devant la juridiction compétente.

Sujet n°2

Commentez le texte suivant :

« S'il fallait prouver la réalité de l'indépendance des juges des juridictions administratives, cette preuve résiderait dans l'extension continue du contrôle juridictionnel exercé sur toutes les décisions administratives et dans l'approfondissement de celui-ci. Plusieurs illustrations peuvent en être données : le droit des étrangers, celui de la responsabilité administrative, pour faute et sans faute, l'affirmation et l'application de principes généraux du droit ou le contrôle du pouvoir discrétionnaire de l'administration ».

Roger ERRERA (conseiller d'État honoraire, ancien membre du Conseil supérieur de la magistrature), *in* « La réalité de l'indépendance des juges de la juridiction administrative », 2007.

Source : site internet de la Cour de cassation :

https://www.courdecassation.fr/IMG/File/pdf_2007/10-05-2007/10-05-2007_errera-2.pdf



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT : Droit international public avec TD

Durée : 3h

Semestre : semestre 5

Session : 1^{ère} session

3^e année LICENCE Droit

Nom de l'enseignant : Thomas Leclerc et Valère Ndior

- Sans document(s)
- Document autorisé (précisez)

Droit international public

Traitez l'un des deux sujets au choix :

Sujet 1 – Dissertation : Le règlement pacifique des différends

Sujet 2 – Commentaire de texte

Résolution n° 661 du Conseil de sécurité des Nations Unies instituant les sanctions contre l'Irak (6 août 1990) – Extraits

« Le Conseil de sécurité,

Réaffirmant sa résolution 660 (1990),

Profondément préoccupé par le fait que cette résolution n'a pas été appliquée et que l'invasion du Koweït par l'Irak se poursuit, entraînant de nouvelles pertes en vies humaines et de nouvelles destructions,

Résolu à mettre un terme à l'invasion et à l'occupation du Koweït par l'Irak et à rétablir la souveraineté, l'indépendance et l'intégrité territoriale du Koweït, notant que le gouvernement légitime du Koweït a manifesté sa volonté de respecter la résolution 660 (1990),

Conscient des responsabilités qui lui incombent en vertu de la charte en ce qui concerne le maintien de la paix et de la sécurité internationales, affirmant le droit naturel de légitime défense, individuelle ou

collective, face à l'attaque armée dirigée par l'Irak contre le Koweït, consacré par l'article 51 de la charte, agissant en vertu du chapitre VII de la charte des Nations Unies,

1) constate que, jusqu'à présent, l'Irak n'a pas respecté le paragraphe 2 de la résolution 660 (1990) et a usurpé l'autorité du gouvernement légitime du Koweït ;

2) décide, en conséquence, de prendre les mesures suivantes pour obtenir que l'Irak respecte le paragraphe 2 de ladite résolution et pour rétablir l'autorité du gouvernement légitime du Koweït ;

3) décide que tous les Etats empêcheront :

a) l'importation sur leur territoire de tous produits de base et de toutes marchandises en provenance de l'Irak ou du Koweït qui seraient exportés de ces pays après la date de la présente résolution,

b) toutes activités menées par leurs nationaux ou sur leur territoire qui auraient pour effet de favoriser l'exportation ou le transbordement de tous produits de base ou de toutes marchandises en provenance de l'Irak ou du Koweït, ainsi que toutes transactions faisant intervenir leurs nationaux ou des navires battant leur pavillon ou menées sur leur territoire, portant sur des produits de base ou des marchandises en provenance de l'Irak ou du Koweït et exportées de ces pays après la date de la présente résolution y compris en particulier, tout transfert de fonds à destination de l'Irak ou du Koweït aux fins de telles activités ou transactions,

c) la vente ou la fourniture par leurs nationaux ou depuis leur territoire ou par l'intermédiaire de navires battant leur pavillon de tous produits de base ou de toutes marchandises, y compris des armes ou tout autre matériel militaire, que ceux-ci proviennent ou non de leur territoire, mais non compris les fournitures à usage strictement médical et, dans des cas où des considérations humanitaires le justifient, les produits alimentaires, à toute personne physique ou morale se trouvant en Irak ou au Koweït ou à toute autre personne physique ou morale aux fins de toute activité commerciale menée sur ou depuis le territoire de l'Irak ou du Koweït ainsi que toutes activités menées par leurs nationaux ou sur leur territoire qui auraient pour effet de favoriser ou sont conçues pour favoriser la vente ou la fourniture dans les conditions sus-indiquées de tels produits de base ou de telles marchandises ;

4) décide que tous les Etats s'abstiendront de mettre à la disposition du gouvernement irakien ou de toute entreprise commerciale, industrielle ou de services publics sise en Irak ou au Koweït des fonds ou toutes autres ressources financières ou économiques et empêcheront leurs nationaux et toutes personnes présentes sur leur territoire de transférer de leur territoire ou de mettre par quelque moyen que ce soit à la disposition du gouvernement irakien ou des entreprises susvisées de tels fonds ou ressources et de verser tout autre fonds à des personnes physiques ou morales se trouvant en Irak ou au Koweït, à l'exception des paiements destinés exclusivement à des fins strictement médicales ou humanitaires et, dans des cas où des considérations humanitaires le justifient, des produits alimentaires ;

5) demande à tous les Etats, y compris aux Etats non membres de l'Organisation des Nations Unies, d'agir de façon strictement conforme aux dispositions de la présente résolution nonobstant tout contrat passé ou toute licence accordée avant la date de la présente résolution ;

[...]

9) décide que, nonobstant les paragraphes 4 à 8, aucune des dispositions de la présente résolution n'interdira de prêter assistance au gouvernement légitime du Koweït, et demande à tous les Etats :

a) de prendre des mesures appropriées pour protéger les avoirs du gouvernement légitime du Koweït et de ses institutions,

b) de ne reconnaître aucun régime mis en place par la puissance occupante ;

[...]

11) décide de maintenir la question à son ordre du jour et de poursuivre ses efforts en vue de mettre rapidement un terme à l'invasion irakienne ».



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT : Droit international public sans TD

Durée : 1h

Semestre : semestre 5

Session : 1^{ère} session

3^e année LICENCE Droit

Nom de l'enseignant : Thomas Leclerc
et Valère Ndior

- Sans document(s)
- Document autorisé (précisez)

Droit international public sans TD

Traitez chacune des trois questions suivantes.

Les deux premières questions correspondent à des thèmes de révision tandis que la troisième, transversale, doit être traitée en faisant appel à vos connaissances et à votre réflexion. La longueur de vos réponses doit tenir compte du barème indiqué.

- 1) Les critères de la coutume internationale (8 pts).
- 2) La double fonction de la Cour internationale de Justice (8 pts).
- 3) Une composition du Conseil de sécurité au service de la paix ? (4 pts).



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

DROIT DES AFFAIRES :

Durée : 3 heures

3^{ème} année LICENCE Droit

Semestre : semestre 5

**Nom de l'enseignant : Alice FOURNIER
et Isabelle SERANDOUR**

Session : 1^{ère} session

Document autorisé : Code de commerce
annoté

Droit des affaires

Commentez, au choix, l'un des deux arrêts suivants

Sur le moyen unique, pris en ses deux branches :

Vu l'article 1er de la loi du 17 mars 1909 ;

Attendu qu'il n'y a pas de fonds de commerce lorsqu'il n'y a pas ou lorsqu'il n'y a plus de clientèle qui s'y trouve attachée ;

Attendu qu'il résulte des énonciations de l'arrêt attaqué que les consorts X... ont donné à bail à la société Vernier et Compagnie (société Vernier) une boutique à usage de grossiste, commissionnaire en librairie et éditeur de livres et albums, par un acte sous seing privé du 18 octobre 1979 qui prévoyait que le bail ne pourrait être cédé qu'à un successeur dans son commerce ; que, par acte notarié du 22 avril 1983, la société Vernier, assistée du syndic de son règlement judiciaire, a vendu à la société établissements Sylemma-Andrieu (société Sylemma) son fonds de commerce de vente de livres et éditions, comprenant le nom commercial et l'achalandage y attaché ainsi que le droit au bail des locaux où était exploité le fonds ; que les consorts X... ont assigné la société Vernier et le syndic ainsi que la société Sylemma en résolution du bail du 18 octobre 1979, estimant que la cession intervenue, qui ne portait que sur ce contrat et non sur le fonds de commerce de la société Vernier, avait été faite en contravention à la clause susvisée ;

Attendu que, pour rejeter cette demande, la cour d'appel a considéré qu'en raison du genre et de la nature du commerce, exercé dans un quartier de Paris où sont exploités de nombreux fonds de même sorte, et qui bénéficie par là même d'un achalandage important propre à cette situation, la " clientèle " exclue de la vente, et qui est seulement celle figurant au fichier précédemment cédé, ne constitue pas un élément essentiel du fonds dont était propriétaire la société Vernier, et qu'il s'ensuivait que, nonobstant cette exclusion, la société Sylemma pouvait être tenue pour le successeur dans son commerce de la société Vernier ;

Attendu qu'en statuant ainsi, après avoir retenu que l'acte de vente du 22 avril 1983 mentionnait " observation étant faite que la clientèle, qui a déjà fait l'objet d'une cession, est exclue de la présente vente ", la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations ;

PAR CES MOTIFS : CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 14 janvier 1986, entre les parties, par la cour d'appel de Paris ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel d'Amiens

Sujet 2 : Cass. Com., 9 févr. 1971, pourvoi n° 69-13.209

Sur le moyen unique :

Vu l'article 16, alinéa 2, du décret du 27 décembre 1958, relatif au registre du commerce, applicable en la cause, aux termes duquel le commerçant inscrit qui cède son fonds de commerce ne peut opposer la cessation de son activité commerciale, pour se soustraire aux actions en responsabilité dont il est l'objet du fait des obligations contractées par son successeur dans l'exploitation du fonds, qu'à partir du jour où a été opérée sa radiation du registre du commerce ;

Attendu que, selon les énonciations de l'arrêt infirmatif attaqué, Gillet a cédé son fonds de commerce à Lévêque par acte notarié du 4 juillet 1964, qu'ayant appris que le notaire n'avait pas effectué la radiation de son nom au registre du commerce Gillet y fit procéder lui-même le 17 janvier 1967, que le règlement judiciaire de Lévêque, converti par la suite en faillite, ayant été prononcé le 14 février 1967 avec report de la cessation des paiements au 20 mai 1966, le syndic Gabrion a demandé que Gillet soit condamné à payer entre ses mains la somme représentant le total du passif commercial de Lévêque et ce, par application du texte précité ;

Attendu qu'en rejetant cette demande au motif qu'en l'espèce les créanciers étaient parfaitement au courant de la cession intervenue en 1964, alors que la règle selon laquelle la perte de la qualité de commerçant ne peut être opposée aux tiers qu'à partir de la radiation ne souffre pas la preuve contraire, la cour d'appel a violé le texte susvisé ;

Par ces motifs : casse et annule l'arrêt rendu le 9 mai 1969 entre les parties, par la cour d'appel de Nancy ;

Remet, en conséquence, la cause et les parties au même et semblable état ou elles étaient avant ledit arrêt, et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Besançon ;



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT :

Droit du marché intérieur européen

Durée : 3h

Semestre : semestre 5

Session : 1ère session

3ème année **LICENCE Droit**

L3 Droit Quimper - S5 - Parcours Marché de l'Art

L3 Droit Quimper - S5 - Parcours Général

L3 Droit Brest - S5 - Parcours Carrières
internationales

L3 Droit Brest - S5 - Parcours Général

Nom des enseignants :

Gaëlle Guéguen-Hallouet

Guilaine Djoueakep-Fando

Sans document(s)

Droit du marché intérieur européen

Vous traiterez, au choix, l'un des deux sujets suivants :

Sujet n°1 : Commentaire d'arrêt : Pages 2 à 8

Sujet n°2 : Cas pratique : Pages 9 à 19

Sujet n°1 : Commentaire d'arrêt

Cour de justice de l'Union européenne 15 avril 2021C-194/19, H. A. contre État belge,

Le litige au principal et la question préjudicielle

- 10 H. A. a introduit, le 22 mai 2017, une demande d'asile en Belgique.
- 11 Après avoir entendu H. A. le 31 mai 2017, l'Office des étrangers a demandé aux autorités espagnoles, le 22 juin suivant, de prendre celui-ci en charge.
- 12 Le 4 juillet 2017, les autorités espagnoles ont accédé à cette requête aux fins de la prise en charge de H. A.
- 13 Le 1er août 2017, l'Office des étrangers a rejeté la demande d'asile introduite par H. A. et a ordonné à celui-ci de quitter le territoire belge.
- 14 H. A. a contesté cette décision devant le Conseil du contentieux des étrangers, par un recours introduit le 25 août 2017, en faisant notamment valoir que son frère était arrivé en Belgique le 22 août précédent, que celui-ci y avait introduit une demande d'asile et qu'il était indispensable que leurs demandes respectives soient examinées ensemble pour assurer l'équité de la procédure.
- 15 Par un arrêt du 30 novembre 2017, cette juridiction a rejeté ce recours. Cet arrêt était, pour partie, fondé sur le constat selon lequel les éléments relatifs à l'arrivée du frère de H. A. en Belgique étaient postérieurs à l'adoption de la décision litigieuse de l'Office des étrangers et ne pouvaient, de ce fait, être pris en considération pour apprécier la légalité de cette décision.
- 16 Le 28 décembre 2017, H. A. a introduit un pourvoi en cassation contre ledit arrêt devant la juridiction de renvoi. À l'appui de ce pourvoi, il fait valoir que le Conseil du contentieux des étrangers a méconnu son droit à un recours effectif, tel qu'il résulte de l'article 27 du règlement Dublin III et de l'article 47 de la Charte, dès lors que celui-ci avait refusé de prendre en considération des éléments postérieurs à une décision de transfert aux fins de l'examen de la légalité de celle-ci.
- 17 Dans ces conditions, le Conseil d'État (Belgique) a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour la question préjudicielle suivante :
« L'article 27 du [règlement Dublin III], pris seul et conjointement avec l'article 47 de la [Charte], doit-il être interprété comme imposant, pour garantir un droit de recours effectif, que le juge national prenne en compte, le cas échéant, des éléments postérieurs à la décision de "transfert

- 25 Par sa question préjudicielle, la juridiction de renvoi demande, en substance, si l'article 27, paragraphe 1, du règlement Dublin III, le cas échéant lu à la lumière de l'article 47 de la Charte, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une législation nationale qui prévoit que la juridiction saisie d'un recours en annulation contre une décision de transfert ne peut pas, dans le cadre de l'examen de ce recours, tenir compte de circonstances postérieures à l'adoption de cette décision.
- 26 À titre liminaire, dans la mesure où le gouvernement belge a soutenu, lors de l'audience, que les règles procédurales du droit belge étaient conformes au droit de l'Union, en tant qu'elles prévoient que la juridiction compétente est tenue de prendre en compte, dans le cadre de l'examen d'un recours en annulation contre une décision de transfert, les circonstances postérieures à l'adoption de cette décision qui sont déterminantes pour la correcte application du règlement Dublin III, il y a lieu de rappeler qu'il incombe à la Cour de prendre en compte, dans le cadre de la répartition des compétences entre les juridictions de l'Union et nationales, le contexte factuel et réglementaire dans lequel s'insèrent les questions préjudicielles, tel que défini par la décision de renvoi. Ainsi, l'examen d'un renvoi préjudiciel ne saurait être effectué au regard de l'interprétation du droit national invoquée par le gouvernement d'un État membre (voir, en ce sens, arrêt du 21 juin 2016, *New Valmar*, C-15/15, EU :C :2016 :464, point 25).
- 27 Or, la juridiction de renvoi a clairement établi que, selon son interprétation du droit belge, un juge administratif doit se prononcer, dans le cadre de l'examen d'un recours en annulation introduit contre une décision de transfert, sur la légalité de cette décision telle qu'elle a été prise par l'autorité administrative concernée, à savoir sur la base des éléments d'information en la possession de cette autorité, sans pouvoir prendre en considération des circonstances postérieures à l'adoption de ladite décision.
- 28 L'interprétation des règles procédurales du droit belge défendue par le gouvernement belge ne saurait, par conséquent, être retenue par la Cour aux fins de la présente procédure préjudicielle.
- 29 En outre, les gouvernements belge et néerlandais ainsi que la Commission européenne ont fait valoir que les circonstances postérieures à l'adoption de la décision de transfert en cause au principal invoquées par H. A. n'étaient pas déterminantes pour la correcte application du règlement Dublin III.
- 30 À cet égard, il est vrai que, sans préjudice de l'éventuel usage, par l'État membre concerné, d'une clause discrétionnaire prévue à l'article 17 du règlement Dublin III, l'arrivée dans l'État membre requérant du frère du demandeur de protection internationale ne saurait, compte tenu de la définition de la notion de « membres de la famille » qui figure à l'article 2, sous g), de ce

règlement, justifier l'application de l'article 10 dudit règlement, relatif à l'hypothèse dans laquelle le demandeur a, dans un État membre, un membre de sa famille dont la demande de protection internationale présentée dans cet État membre n'a pas encore fait l'objet d'une première décision sur le fond.

- 31 Toutefois, ce constat n'est pas de nature à fournir à la juridiction de renvoi une réponse suffisante pour statuer sur le pourvoi en cassation dont elle est saisie, dès lors que cette juridiction a précisé que, dans le cadre de l'examen de ce pourvoi en cassation, elle doit déterminer si le Conseil du contentieux des étrangers était tenu de prendre en compte des circonstances postérieures à l'adoption de la décision de transfert litigieuse, sans pouvoir apprécier si les circonstances concrètement invoquées par H. A. devant cette dernière juridiction sont susceptibles ou non d'avoir une incidence sur la détermination de l'État membre responsable.
- 32 Au vu de la problématique dont la juridiction de renvoi est ainsi saisie dans l'affaire au principal, il convient de rappeler que l'article 27, paragraphe 1, du règlement Dublin III prévoit que la personne faisant l'objet d'une décision de transfert dispose d'un droit de recours effectif, sous la forme d'un recours contre cette décision ou d'une révision, en fait et en droit, de ladite décision devant une juridiction.
- 33 La portée de ce recours est précisée au considérant 19 de ce règlement, qui indique que, afin de garantir le respect du droit international, le recours effectif instauré par ledit règlement contre des décisions de transfert doit porter, d'une part, sur l'examen de l'application du même règlement et, d'autre part, sur l'examen de la situation en fait et en droit dans l'État membre vers lequel le demandeur est transféré (arrêts du 25 octobre 2017, *Shiri*, C-201/16, EU:C:2017:805, point 37, ainsi que du 2 avril 2019, *H. et R.*, C-582/17 et C-583/17, EU:C:2019:280, point 39).
- 34 Au regard notamment de l'évolution générale qu'a connue le système de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale présentée dans l'un des États membres du fait de l'adoption du règlement Dublin III et des objectifs visés par ce règlement, l'article 27, paragraphe 1, dudit règlement doit être interprété en ce sens que le recours qu'il prévoit contre une décision de transfert doit pouvoir porter tant sur le respect des règles attribuant la responsabilité d'examiner une demande de protection internationale que sur les garanties procédurales prévues par le même règlement (arrêts du 25 octobre 2017, *Shiri*, C-201/16, EU:C:2017:805, point 38, ainsi que du 2 avril 2019, *H. et R.*, C-582/17 et C-583/17, EU:C:2019:280, point 40).
- 35 Par ailleurs, la Cour a jugé que, eu égard, d'une part, à l'objectif mentionné au considérant 19 du règlement Dublin III de garantir, conformément à l'article 47 de la Charte, une protection efficace des personnes concernées et, d'autre part, à celui d'assurer avec célérité la détermination de l'État membre responsable du traitement d'une demande de protection internationale énoncé au considérant 5 de ce règlement, le demandeur doit pouvoir disposer d'une voie de recours effective

et rapide qui lui permette de se prévaloir de circonstances postérieures à l'adoption de la décision de transfert, lorsque la prise en compte de celles-ci est déterminante pour la correcte application dudit règlement (voir, en ce sens, arrêts du 25 octobre 2017, *Shiri*, C-201/16, EU:C:2017:805, point 44, et du 25 janvier 2018, *Hasan*, C-360/16, EU:C:2018:35, point 31).

Par ailleurs, la Cour a jugé que, eu égard, d'une part, à l'objectif mentionné au considérant 19 du règlement Dublin III de garantir, conformément à l'article 47 de la Charte, une protection efficace des personnes concernées et, d'autre part, à celui d'assurer avec célérité la détermination de l'État membre responsable du traitement d'une demande de protection internationale énoncé au considérant 5 de ce règlement, le demandeur doit pouvoir disposer d'une voie de recours effective et rapide qui lui permette de se prévaloir de circonstances postérieures à l'adoption de la décision de transfert, lorsque la prise en compte de celles-ci est déterminante pour la correcte application dudit règlement (voir, en ce sens, arrêts du 25 octobre 2017, *Shiri*, C-201/16, EU:C:2017:805, point 44, et du 25 janvier 2018, *Hasan*, C-360/16, EU:C:2018:35, point 31).

- 36 Il ressort également de la jurisprudence de la Cour qu'une réglementation nationale qui permet au demandeur de protection internationale concerné d'invoquer des circonstances postérieures à l'adoption de la décision de transfert, dans le cadre du recours dirigé contre cette décision, satisfait à cette obligation de prévoir une voie de recours rapide et effective (voir, en ce sens, arrêts du 25 octobre 2017, *Shiri*, C-201/16, EU:C:2017:805, point 45, et du 25 janvier 2018, *Hasan*, C-360/16, EU:C:2018:35, point 32).
- 37 Néanmoins, cette dernière jurisprudence n'implique pas, pour autant, que les États membres doivent, en application de l'article 27 du règlement Dublin III, nécessairement organiser leur système de recours de manière à ce que l'exigence de prise en compte de circonstances déterminantes postérieures à l'adoption de la décision de transfert, mentionnée au point 35 du présent arrêt, soit garantie dans le cadre de l'examen du recours permettant de mettre en cause la légalité de la décision de transfert.
- 38 En effet, le législateur de l'Union n'a harmonisé que certaines des modalités procédurales du recours contre la décision de transfert ou de la révision, en fait et en droit, de cette décision devant une juridiction dont doit disposer la personne concernée.
- 39 À cet égard, si l'article 27, paragraphe 1, du règlement Dublin III et le considérant 19 de celui-ci contribuent à définir l'objet de ce recours et prévoient que celui-ci doit pouvoir être exercé devant une juridiction, l'article 27, paragraphes 2 à 6, de ce règlement apporte uniquement des précisions en ce qui concerne le délai dans lequel ledit recours doit pouvoir être exercé, les conditions de suspension de l'exécution de la décision de transfert dans le cas de l'introduction d'un tel recours et l'assistance juridique dont doit pouvoir bénéficier la personne concernée.
- 40 En revanche, l'article 27 du règlement Dublin III ne précise pas si le droit de recours qu'il prévoit

implique nécessairement que le juge saisi de celui-ci puisse procéder à un examen ex-nunc de la légalité de la décision de transfert.

- 41 La rédaction de cet article 27 diffère ainsi de celle de l'article 46, paragraphe 3, de la directive 2013/32, adoptée le même jour que le règlement Dublin III dans le cadre de la révision générale du régime d'asile européen commun, qui énonce que le recours effectif ouvert contre les actes visés à l'article 46, paragraphe 1, de cette directive, parmi lesquels ne figurent pas les décisions de transfert, prévoit un « examen complet et ex-nunc tant des faits que des points d'ordre juridique ».
- 42 Conformément à une jurisprudence constante de la Cour, en l'absence de règles de l'Union en la matière, il appartient à l'ordre juridique interne de chaque État membre de régler les modalités procédurales des recours en justice destinés à assurer la sauvegarde des droits des justiciables, en vertu du principe de l'autonomie procédurale, à condition, toutefois, qu'elles ne soient pas moins favorables que celles régissant des situations similaires soumises au droit interne (principe d'équivalence) et qu'elles ne rendent pas impossible en pratique ou excessivement difficile l'exercice des droits conférés par le droit de l'Union (principe d'effectivité) [voir, en ce sens, arrêts du 18 juin 2002, HI, C-92/00, EU:C:2002:379, point 67 ; du 13 décembre 2017, El Hassani, C-403/16, EU:C:2017:960, point 26, ainsi que du 9 septembre 2020, Commissaire général aux réfugiés et aux apatrides (Rejet d'une demande ultérieure – Délai de recours) (C-651/19, EU:C:2020:681), point 34].
- 43 Il importe également de rappeler que les États membres, lorsqu'ils mettent en œuvre le droit de l'Union, sont tenus d'assurer le respect du droit à un recours effectif consacré à l'article 47, premier alinéa, de la Charte, lequel constitue une réaffirmation du principe de protection juridictionnelle effective (arrêt du 19 décembre 2019, Deutsche Umwelthilfe, C-752/18, EU :C :2019 :1114, point 34).
- 44 En ce qui concerne, en premier lieu, le principe d'équivalence, celui-ci requiert que l'ensemble des règles applicables aux recours s'applique indifféremment aux recours fondés sur la violation du droit de l'Union et à ceux, similaires, fondés sur la méconnaissance du droit interne (arrêt du 15 mars 2017, Aquino, C-3/16, EU :C :2017 :209, point 50 et jurisprudence citée).
- 45 S'agissant, en second lieu, du principe d'effectivité, il convient de souligner qu'un recours en annulation introduit contre une décision de transfert, dans le cadre duquel la juridiction saisie ne peut pas tenir compte de circonstances postérieures à l'adoption de cette décision qui sont déterminantes pour la correcte application du règlement Dublin III, n'assure pas une protection juridictionnelle suffisante, permettant à la personne concernée d'exercer les droits qu'elle tire de ce règlement et de l'article 47 de la Charte.
- 46 Toutefois, ainsi que M. l'avocat général l'a relevé aux points 82 et 85 de ses conclusions, il ne

saurait être exclu qu'une protection juridictionnelle suffisante puisse être garantie, dans le cadre du système juridictionnel national considéré dans son ensemble, sous d'autres formes que celle de la prise en compte de circonstances déterminantes postérieures à l'adoption de la décision de transfert à l'occasion de l'examen du recours destiné à assurer le contrôle de la légalité de cette décision.

- 47 En vue de conférer une protection juridictionnelle suffisante à la personne concernée, une voie de recours spécifique, distincte du recours mentionné au point précédent, doit garantir, en pratique, à cette personne la possibilité d'obtenir que les autorités compétentes de l'État membre requérant ne puissent pas, lorsqu'une circonstance postérieure à la décision de transfert fait obstacle à l'exécution de celle-ci, procéder au transfert de ladite personne vers un autre État membre. Ladite voie de recours doit également assurer que, quand une circonstance postérieure à la décision de transfert implique la responsabilité de l'État membre requérant, les autorités compétentes de celui-ci soient obligées de prendre les dispositions nécessaires pour admettre cette responsabilité et pour entamer sans retard l'examen de la demande de protection internationale introduite par la même personne (voir, en ce sens, arrêt du 25 octobre 2017, *Shiri*, C-201/16, EU :C :2017 :805, point 43).
- 48 Il s'ensuit que l'exercice du recours spécifique permettant de prendre en compte des circonstances postérieures à l'adoption de la décision de transfert qui sont déterminantes pour la correcte application du règlement Dublin III doit être possible à la suite de la survenance de telles circonstances, mais sans que cet exercice soit subordonné au fait que la personne concernée soit privée de liberté ou que l'exécution de la décision de transfert concernée soit imminente.
- 49 Eu égard à l'ensemble des considérations qui précèdent, il y a lieu de répondre à la question posée que l'article 27, paragraphe 1, du règlement Dublin III, lu à la lumière du considérant 19 de celui-ci, et l'article 47 de la Charte doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à une législation nationale qui prévoit que la juridiction saisie d'un recours en annulation contre une décision de transfert ne peut pas, dans le cadre de l'examen de ce recours, tenir compte de circonstances postérieures à l'adoption de cette décision qui sont déterminantes pour la correcte application de ce règlement, à moins que cette législation ne prévoie une voie de recours spécifique comportant un examen *ex nunc* de la situation de la personne concernée, dont les résultats lient les autorités compétentes, qui puisse être exercée à la suite de la survenance de telles circonstances et qui, notamment, ne soit pas subordonnée à la privation de liberté de cette personne ni à la circonstance que l'exécution de ladite décision soit imminente.

Par ces motifs, la Cour (grande chambre) dit pour droit :

L'article 27, paragraphe 1, du règlement (UE) no 604/2013 du Parlement européen et du Conseil, du 26 juin 2013, établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride, lu à la lumière du considérant 19 de celui-ci, et l'article 47 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne doivent être

interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à une législation nationale qui prévoit que la juridiction saisie d'un recours en annulation contre une décision de transfert ne peut pas, dans le cadre de l'examen de ce recours, tenir compte de circonstances postérieures à l'adoption de cette décision qui sont déterminantes pour la correcte application de ce règlement, à moins que cette législation ne prévoie une voie de recours spécifique comportant un examen ex nunc de la situation de la personne concernée, dont les résultats lient les autorités compétentes, qui puisse être exercée à la suite de la survenance de telles circonstances et qui, notamment, ne soit pas subordonnée à la privation de liberté de cette personne ni à la circonstance que l'exécution de ladite décision soit imminente.

Sujet n°2 : Cas pratique

Relevez les questions juridiques que soulève cet énoncé et résolvez-les en vous servant de vos connaissances et des extraits de textes ci-joints.

En 2018, Constantin, de nationalité roumaine, et Bogdan, de nationalité moldave, se sont pacés à Quimper, où Constantin résidait dans le cadre d'un échange Erasmus pendant ses études. Peu après, le jeune ménage s'est installé à Chisinau, capitale de la Moldavie, où Constantin a exercé la profession d'entraîneur de basket-ball une fois ses études terminées.

Désireux de poursuivre sa carrière en Bretagne, où le club de Penmarc'h l'a recruté, Constantin a entrepris les démarches nécessaires, mais la Fédération française de basket-ball (qui agit par délégation de l'Etat) a refusé son inscription sur la liste des entraîneurs. La Fédération fait valoir son règlement, qui, pour favoriser l'usage de la langue française dans ce sport, impose aux entraîneurs une connaissance du français à un niveau « professionnel », ce dont ne dispose pas encore Constantin. Vous ayant récemment rencontré, il vous demande, en tant que juriste, votre opinion sur la question.

En attendant d'être admis comme entraîneur, Constantin est employé par l'Université de Bretagne Occidentale en qualité d'intervenant extérieur pour encadrer les activités de basket-ball du service des sports. Cette activité à temps partiel lui procure des revenus d'environ 500 € par mois, ce qui lui permet de survivre en complément de la solidarité des membres du club de basket qui, notamment, l'hébergent gratuitement. Il craint cependant que ses ressources soient insuffisantes et que les autorités françaises lui ordonnent de partir. Pouvez-vous l'éclairer sur ses interrogations ?

Afin d'obtenir un peu plus de revenus, Constantin a eu pour projet de nouer des partenariats entre les clubs de basket-ball finistériens et la brasserie de sa sœur Andrea, basée près de Sofia, en Bulgarie. Celle-ci produit en effet de la *Thorre-Boïo*®, une bière très originale qui pourrait être vendue à la buvette les jours de match. Hélas, les autorités françaises ont récemment interdit la commercialisation de bières qui, comme la *Thorre-Boïo*®, sont produites à partir de houblon de la variété « Bucarest ». Elles justifient leur position par le fait que plusieurs lots de ces bières aient été retirés de la vente en Belgique après que plusieurs personnes qui en avaient consommé aient été prises de malaises.

Malgré cette situation difficile, Constantin souhaiterait faire venir son compagnon Bogdan, qui demeure toujours à Chisinau. L'une de ses amies lui a même trouvé un poste de jardinier dans le Finistère. Il souhaiterait savoir si Bogdan peut venir en Bretagne ; et si, le cas échéant, il pourrait effectivement travailler comme jardinier. Notamment, il pense que Bogdan pourrait obtenir l'asile en France. En effet, une récente législation moldave incrimine l'homosexualité et Bogdan craint d'être poursuivi par la justice voire emprisonné.

Extraits de textes : Directives 2004/38 (I), Directive 2011/95 (II) et TFUE (III).

I. Quelques articles de la Directive 2004/38

Article 2.-

Définitions. - Aux fins de la présente directive, on entend par :

1) "citoyen de l'Union" : toute personne ayant la nationalité d'un État membre ;

2) "membre de la famille » :

Le conjoint ;

Le partenaire avec lequel le citoyen de l'Union a contracté un partenariat enregistré, sur la base de la législation d'un État membre, si, conformément à la législation de l'État membre d'accueil, les partenariats enregistrés sont équivalents au mariage, et dans le respect des conditions prévues par la législation pertinente de l'État membre d'accueil ;

Les descendants directs qui sont âgés de moins de vingt-et-un ans ou qui sont à charge, et les descendants directs du conjoint ou du partenaire tel que visé au point b) ;

Les ascendants directs à charge et ceux du conjoint ou du partenaire tel que visé au point b) ;

3) "État membre d'accueil" : l'État membre dans lequel se rend un citoyen de l'Union en vue d'exercer son droit de circuler et de séjourner librement.

Article 3.-

Bénéficiaires. - 1. La présente directive s'applique à tout citoyen de l'Union qui se rend ou séjourne dans un État membre autre que celui dont il a la nationalité, ainsi qu'aux membres de sa famille, tels que définis à l'article 2, point 2), qui l'accompagnent ou le rejoignent.

2. Sans préjudice d'un droit personnel à la libre circulation et au séjour de l'intéressé, l'État membre d'accueil favorise, conformément à sa législation nationale, l'entrée et le séjour des personnes suivantes :

Tout autre membre de la famille, quelle que soit sa nationalité, qui n'est pas couvert par la définition figurant à l'article 2, point 2), si, dans le pays de provenance, il est à charge ou fait partie du ménage du citoyen de l'Union bénéficiaire du droit de séjour à titre principal, ou lorsque, pour des raisons de santé graves, le citoyen de l'Union doit impérativement et personnellement s'occuper du membre de la famille concerné ;

Le partenaire avec lequel le citoyen de l'Union a une relation durable, dûment attestée.

L'État membre d'accueil entreprend un examen approfondi de la situation personnelle et motive tout refus d'entrée ou de séjour visant ces personnes.

Article 5.-

Droit d'entrée. - 1. Sans préjudice des dispositions concernant les documents de voyage, applicables aux contrôles aux frontières nationales, les États membres admettent sur leur territoire le citoyen de l'Union muni d'une carte d'identité ou d'un passeport en cours de validité ainsi que les membres de sa famille qui n'ont pas la nationalité d'un État membre et qui sont munis d'un passeport en cours de validité.

Aucun visa d'entrée ni obligation équivalente ne peuvent être imposés au citoyen de l'Union.

Les membres de la famille qui n'ont pas la nationalité d'un État membre ne sont soumis qu'à l'obligation de visa d'entrée, conformément au règlement (CE) n° 539/2001 ou, le cas échéant, à la législation nationale. Aux fins de la présente directive, la possession de la carte de séjour en cours de validité visée à l'article 10, dispense les membres de la famille concernés de l'obligation d'obtenir un visa.

Les États membres accordent à ces personnes toutes facilités pour obtenir les visas nécessaires. Ces visas sont délivrés sans frais dans les meilleurs délais et dans le cadre d'une procédure accélérée.

L'État membre d'accueil n'appose pas de cachet d'entrée ou de sortie sur le passeport d'un membre de la famille n'ayant pas la nationalité d'un État membre, à partir du moment où l'intéressé présente la carte de séjour prévue à l'article 10.

Lorsqu'un citoyen de l'Union ou un membre de la famille qui n'a pas la nationalité d'un État membre ne dispose pas du document de voyage requis ou, le cas échéant, du visa nécessaire, l'État membre concerné accorde à ces personnes tous les moyens raisonnables afin de leur permettre d'obtenir ou de se procurer, dans un délai raisonnable, les documents requis ou de faire confirmer ou prouver par d'autres moyens leur qualité de bénéficiaires du droit de circuler et de séjourner librement, avant de procéder au refoulement.

L'État membre peut imposer à l'intéressé de signaler sa présence sur son territoire dans un délai raisonnable et non discriminatoire. Le non-respect de cette obligation peut être passible de sanctions non discriminatoires et proportionnées.

Article 7.-

Droit de séjour de plus de trois mois. - 1. Tout citoyen de l'Union a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre État membre pour une durée de plus de trois mois :

S'il est un travailleur salarié ou non salarié dans l'État membre d'accueil, ou

S'il dispose, pour lui et pour les membres de sa famille, de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de son séjour, et d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil, ou,

s'il est inscrit dans un établissement privé ou public, agréé ou financé par l'État membre d'accueil sur la base de sa législation ou de sa pratique administrative, pour y suivre à titre principal des études, y compris une formation professionnelle et s'il dispose d'une assurance maladie complète dans l'État membre d'accueil et garantit à l'autorité nationale compétente, par le biais d'une déclaration ou par tout autre moyen équivalent de son choix, qu'il dispose de ressources suffisantes pour lui-même et pour les membres de sa famille afin d'éviter de devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil au cours de leur période de séjour ; ou

Si c'est un membre de la famille accompagnant ou rejoignant un citoyen de l'Union qui lui-même satisfait aux conditions énoncées aux points *a)*, *b)* ou *c)*.

Le droit de séjour prévu au paragraphe 1 s'étend aux membres de la famille n'ayant pas la nationalité d'un État membre lorsqu'ils accompagnent ou rejoignent dans l'État membre d'accueil le citoyen de l'Union, pour autant que ce dernier satisfasse aux conditions énoncées au paragraphe 1, points *a)*, *b)* ou *c)*.

Aux fins du paragraphe 1, point *a)*, le citoyen de l'Union qui n'exerce plus d'activité salariée ou non salariée conserve la qualité de travailleur salarié ou de non-salarié dans les cas suivants :

S'il a été frappé par une incapacité de travail temporaire résultant d'une maladie ou d'un accident ;

S'il se trouve en chômage involontaire dûment constaté après avoir été employé pendant plus d'un an et s'est fait enregistrer en qualité de demandeur d'emploi auprès du service de l'emploi compétent ;

S'il se trouve en chômage involontaire dûment constaté à la fin de son contrat de travail à durée déterminée inférieure à un an ou après avoir été involontairement au chômage pendant les douze premiers mois et s'est fait enregistrer en qualité de demandeur d'emploi auprès du service de l'emploi compétent ; dans ce cas, il conserve le statut de travailleur pendant au moins six mois ;

S'il entreprend une formation professionnelle. À moins que l'intéressé ne se trouve en situation de chômage involontaire, le maintien de la qualité de travailleur suppose qu'il existe une relation entre la formation et l'activité professionnelle antérieure.

Par dérogation au paragraphe 1, point *d)*, et au paragraphe 2 ci-dessus, seul le conjoint, le partenaire enregistré au sens de l'article 2, paragraphe 2, point *b)*, et les enfants à charge bénéficient du droit de séjour en tant que membres de la famille d'un citoyen de l'Union qui remplit les conditions énoncées au paragraphe 1, point *c)*. L'article 3, paragraphe 1, s'applique à ses ascendants directs à charge et à ceux de son conjoint ou partenaire enregistré.

Article 8.-

Formalités administratives à charge des citoyens de l'Union. - 1. Sans préjudice de l'article 5, paragraphe 5, pour des séjours d'une durée supérieure à trois mois, l'État membre d'accueil peut imposer aux citoyens de l'Union de se faire enregistrer auprès des autorités compétentes.

Le délai imparti pour l'enregistrement ne peut pas être inférieur à trois mois à compter de la date d'arrivée. Une attestation d'enregistrement est délivrée immédiatement, qui précise le nom et l'adresse de la personne enregistrée ainsi que la date de l'enregistrement. Le non-respect de l'obligation d'enregistrement peut être passible de sanctions non discriminatoires et proportionnées.

Pour la délivrance de l'attestation d'enregistrement, les États membres peuvent seulement exiger :

—
Du citoyen de l'Union auquel s'applique l'article 7, paragraphe 1, point *a*), qu'il présente une carte d'identité ou un passeport en cours de validité, une promesse d'embauche délivrée par l'employeur, une attestation d'emploi ou une preuve attestant d'une activité non salariée ;

—
Du citoyen de l'Union auquel s'applique l'article 7, paragraphe 1, point *b*), qu'il présente une carte d'identité ou un passeport en cours de validité et qu'il apporte la preuve qu'il satisfait aux conditions énoncées par cette disposition ;

—
Du citoyen de l'Union visé à l'article 7, paragraphe 1, point *c*), qu'il présente une carte d'identité ou un passeport en cours de validité, qu'il apporte la preuve qu'il est inscrit dans un établissement agréé et qu'il a souscrit une assurance maladie complète, et qu'il produise la déclaration ou tout autre élément équivalent visés à l'article 7, paragraphe 1, point *c*). Les États membres ne peuvent pas exiger que cette déclaration précise le montant des ressources.

Les États membres ne peuvent pas fixer le montant des ressources qu'ils considèrent comme suffisantes, mais ils doivent tenir compte de la situation personnelle de la personne concernée. Dans tous les cas, ce montant n'est pas supérieur au niveau en dessous duquel les ressortissants de l'État d'accueil peuvent bénéficier d'une assistance sociale ni, lorsque ce critère ne peut s'appliquer, supérieur à la pension minimale de sécurité sociale versée par l'État membre d'accueil.

Pour la délivrance de l'attestation d'enregistrement aux membres de la famille des citoyens de l'Union, qui sont eux-mêmes citoyens de l'Union, les États membres peuvent demander la présentation des documents suivants :

Une carte d'identité ou un passeport en cours de validité ;

Un document attestant de l'existence d'un lien de parenté ou d'un partenariat enregistré ;

Le cas échéant, l'attestation d'enregistrement du citoyen de l'Union qu'ils accompagnent ou rejoignent ;

Dans les cas visés à l'article 2, paragraphe 2, points *c*) et *d*), les pièces justificatives attestant que les conditions énoncées dans cette disposition sont remplies ;

Dans les cas visés à l'article 3, paragraphe 2, point *a*), un document délivré par l'autorité compétente du pays d'origine ou de provenance attestant qu'ils sont à la charge du citoyen de l'Union ou font partie de son ménage, ou une preuve de l'existence de raisons de santé graves qui exigent que le citoyen de l'Union s'occupe impérativement et personnellement du membre de la famille concerné ;

Dans les cas relevant de l'article 3, paragraphe 2, point *b*), une preuve de l'existence d'une relation durable avec le citoyen de l'Union.

Article 9.-

Formalités administratives à charge des membres de la famille qui ne sont pas ressortissants d'un État membre. - 1. Les États membres délivrent une carte de séjour aux membres de la famille d'un citoyen de l'Union qui n'ont pas la nationalité d'un État membre lorsque la durée du séjour envisagé est supérieure à trois mois.

Le délai imparti pour introduire la demande de carte de séjour ne peut pas être inférieur à trois mois à compter de la date d'arrivée.

Le non-respect de l'obligation de demander la carte de séjour peut être passible de sanctions non discriminatoires et proportionnées.

Article 10.-

Délivrance de la carte de séjour. - 1. Le droit de séjour des membres de la famille d'un citoyen de l'Union qui n'ont pas la nationalité d'un État membre est constaté par la délivrance d'un document dénommé "Carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union" au plus tard dans les six mois suivant le dépôt de la demande. Une attestation du dépôt de la demande de carte de séjour est délivrée immédiatement.

2. Pour la délivrance de la carte de séjour, les États membres demandent la présentation des documents suivants : *a)* un passeport en cours de validité ;

Un document attestant l'existence d'un lien de parenté ou d'un partenariat enregistré ;

L'attestation d'enregistrement ou, en l'absence d'un système d'enregistrement, une autre preuve du séjour dans l'État membre d'accueil du citoyen de l'Union qu'ils accompagnent ou rejoignent ;

Dans les cas visés à l'article 2, paragraphe 2, point *c)* et *d)*, les pièces justificatives attestant que les conditions énoncées dans cette disposition sont remplies ;

Dans les cas visés à l'article 3, paragraphe 2, point *a)*, un document délivré par l'autorité compétente du pays d'origine ou de provenance attestant qu'ils sont à la charge du citoyen de l'Union ou font partie de son ménage, ou une preuve de l'existence de raisons de santé graves qui exigent que le citoyen de l'Union s'occupe personnellement du membre de la famille concerné ;

Dans les cas relevant de l'article 3, paragraphe 2, point *b)*, une preuve de l'existence d'une relation durable avec le citoyen de l'Union.

Article 11.-

Validité de la carte de séjour. - 1. La carte de séjour prévue à l'article 10, paragraphe 1, a une durée de validité de cinq ans à dater de sa délivrance ou une durée correspondant à la durée du séjour envisagée du citoyen de l'Union si celle-ci est inférieure à cinq ans.

2. La validité de la carte de séjour n'est pas affectée par des absences temporaires ne dépassant pas six mois par an, ni par des absences d'une durée plus longue pour l'accomplissement des obligations militaires ou par une absence de douze mois consécutifs au maximum pour des raisons importantes, telles qu'une grossesse et un accouchement, une maladie grave, des études ou une formation professionnelle, ou un détachement pour raisons professionnelles dans un autre État membre ou d'un pays tiers.

Article 14.-

Maintien du droit de séjour. - 1. Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ont un droit de séjour tel que prévu à l'article 6 tant qu'ils ne deviennent pas une charge déraisonnable pour le système d'assistance sociale de l'État membre d'accueil.

Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ont un droit de séjour tel que prévu aux articles 7, 12 et 13 tant qu'ils répondent aux conditions énoncées dans ces articles.

Dans certains cas spécifiques lorsqu'il est permis de douter qu'un citoyen de l'Union ou les membres de sa famille remplissent les conditions énoncées aux articles 7, 12 et 13, les États membres peuvent vérifier si c'est effectivement le cas. Cette vérification n'est pas systématique.

Le recours au système d'assistance sociale par un citoyen de l'Union ou un membre de sa famille n'entraîne pas automatiquement une mesure d'éloignement.

À titre de dérogation aux dispositions des paragraphes 1 et 2 et sans préjudice des dispositions du chapitre VI, les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'une mesure d'éloignement lorsque :

Les citoyens de l'Union concernés sont des salariés ou des non-salariés, ou

Les citoyens de l'Union concernés sont entrés sur le territoire de l'État membre d'accueil pour y chercher un emploi. Dans ce cas, les citoyens de l'Union et les membres de leur famille ne peuvent être éloignés tant que les citoyens de l'Union sont en mesure de faire la preuve qu'ils continuent à chercher un emploi et qu'ils ont des chances réelles d'être engagés.

Article 27

Principes généraux

1. Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les États membres peuvent restreindre la liberté de circulation et de séjour d'un citoyen de l'Union ou d'un membre de sa famille, quelle que soit sa nationalité, pour des raisons d'ordre public, de sécurité publique ou de santé publique.

Ces raisons ne peuvent être invoquées à des fins économiques.

2. Les mesures d'ordre public ou de sécurité publique doivent respecter le principe de proportionnalité et être fondées exclusivement sur le comportement personnel de l'individu concerné.

L'existence de condamnations pénales antérieures ne peut à elle seule motiver de telles mesures. Le comportement de la personne concernée doit représenter une menace réelle, actuelle et suffisamment grave pour un intérêt fondamental de la société.

Des justifications non directement liées au cas individuel concerné ou tenant à des raisons de prévention générale ne peuvent être retenues.

3. Aux fins d'établir si la personne concernée représente un danger pour l'ordre public ou la sécurité publique, l'État membre d'accueil peut, lors de la délivrance de l'attestation d'enregistrement ou, s'il n'existe pas de système d'enregistrement, au plus tard dans les trois mois suivant l'entrée de la personne concernée sur son territoire ou à compter de la date à laquelle cette personne a signalé sa présence sur son territoire conformément à l'article 5, paragraphe 5, ou encore lors de la délivrance de la carte de séjour et s'il le juge indispensable, demander à l'État membre d'origine et, éventuellement, à d'autres États membres des renseignements sur les antécédents judiciaires de la personne concernée. Cette consultation ne peut avoir un caractère systématique. L'État membre consulté fait parvenir sa réponse dans un délai de deux mois.

4. L'État membre qui a délivré le passeport ou la carte d'identité permet au titulaire du document qui a été éloigné d'un autre État membre pour des raisons d'ordre public, de sécurité publique ou de santé publique de rentrer sur son territoire sans aucune formalité, même si ledit document est périmé ou si la nationalité du titulaire est contestée.

II. Quelques articles de la Directive 2011/95 (Directive qualification)

Article 2

Aux fins de la présente directive, on entend par :

- a) « protection internationale », le statut de réfugié et le statut conféré par la protection subsidiaire définis aux points e) et g) ;
- b) « bénéficiaire d'une protection internationale », une personne qui a obtenu le statut de réfugié ou le statut conféré par la protection subsidiaire définis aux points e) et g) ;
- c) « convention de Genève », la convention relative au statut des réfugiés signée à Genève le 28 juillet 1951, modifiée par le protocole de New York du 31 janvier 1967 ;
- d) « réfugié », tout ressortissant d'un pays tiers qui, parce qu'il craint avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un certain groupe social, se trouve hors du pays dont il a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays, ou tout apatride qui, se trouvant pour les raisons susmentionnées hors du pays dans lequel il avait sa résidence habituelle, ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut y retourner et qui n'entre pas dans le champ d'application de l'article 12 ;
- e) « statut de réfugié », la reconnaissance, par un État membre de la qualité de réfugié pour tout ressortissant d'un pays tiers ou apatride ;

Article 9

Actes de persécution

1. Pour être considéré comme un acte de persécution au sens de l'article 1^{er}, section A, de la convention de Genève, un acte doit :

a) être suffisamment grave du fait de sa nature ou de son caractère répété pour constituer une violation grave des droits fondamentaux de l'homme, en particulier des droits auxquels aucune dérogation n'est possible en vertu de l'article 15, paragraphe 2, de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; ou

b) être une accumulation de diverses mesures, y compris des violations des droits de l'homme, qui soit suffisamment grave pour affecter un individu d'une manière comparable à ce qui est indiqué au point a).

2. Les actes de persécution, au sens du paragraphe 1, peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- a) violences physiques ou mentales, y compris les violences sexuelles ;
- b) les mesures légales, administratives, de police et/ou judiciaires qui sont discriminatoires en soi ou mises en œuvre d'une manière discriminatoire ;
- c) les poursuites ou sanctions qui sont disproportionnées ou discriminatoires ;
- d) le refus d'un recours juridictionnel se traduisant par une sanction disproportionnée ou discriminatoire ;
- e) les poursuites ou sanctions pour refus d'effectuer le service militaire en cas de conflit lorsque le service militaire supposerait de commettre des crimes ou d'accomplir des actes relevant du champ d'application des motifs d'exclusion visés à l'article 12, paragraphe 2 ;
- f) les actes dirigés contre des personnes en raison de leur genre ou contre des enfants.

3. Conformément à l'article 2, point d), il doit y avoir un lien entre les motifs mentionnés à l'article 10 et les actes de persécution au sens du paragraphe 1 du présent article ou l'absence de protection contre de tels actes.

Article 13

Les États membres octroient le statut de réfugié à tout ressortissant d'un pays tiers ou apatride qui remplit les conditions pour être considéré comme réfugié conformément aux chapitres II et III.

III. Quelques articles du TFUE

Article 20

(Ex-article 17 TCE)

Il est institué une citoyenneté de l'Union. Est citoyen de l'Union toute personne ayant la nationalité d'un État membre. La citoyenneté de l'Union s'ajoute à la citoyenneté nationale et ne la remplace pas.

Les citoyens de l'Union jouissent des droits et sont soumis aux devoirs prévus par les traités. Ils ont, entre autres :

Le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres ;

Le droit de vote et d'éligibilité aux élections au Parlement européen ainsi qu'aux élections municipales dans l'État membre où ils résident, dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet

État ;

Le droit de bénéficier, sur le territoire d'un pays tiers où l'État membre dont ils sont ressortissants n'est pas représenté, de la protection des autorités diplomatiques et consulaires de tout État membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État ;

Le droit d'adresser des pétitions au Parlement européen, de recourir au médiateur européen, ainsi que le droit de s'adresser aux institutions et aux organes consultatifs de l'Union dans l'une des langues des traités et de recevoir une réponse dans la même langue.

Ces droits s'exercent dans les conditions et limites définies par les traités et par les mesures adoptées en application de ceux-ci.

Article 21

(Ex-article 18 TCE)

Tout citoyen de l'Union a le droit de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres, sous réserve des limitations et conditions prévues par les traités et par les dispositions prises pour leur application.

Si une action de l'Union apparaît nécessaire pour atteindre cet objectif, et sauf si les traités ont prévu des pouvoirs d'action à cet effet, le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent arrêter des dispositions visant à faciliter l'exercice des droits visés au paragraphe 1.

Aux mêmes fins que celles visées au paragraphe 1, et sauf si les traités ont prévu des pouvoirs d'action à cet effet, le Conseil, statuant conformément à une procédure législative spéciale, peut arrêter des mesures concernant la sécurité sociale ou la protection sociale. Le Conseil statue à l'unanimité, après consultation du Parlement européen.

Article 28

(Ex-article 23 TCE)

1. L'Union comprend une union douanière qui s'étend à l'ensemble des échanges de marchandises et qui comporte l'interdiction, entre les États membres, des droits de douane à l'importation et à l'exportation et de toutes taxes d'effet équivalent, ainsi que l'adoption d'un tarif douanier commun dans leurs relations avec les pays tiers.

2. Les dispositions de l'article 30 et du chapitre 3 du présent titre s'appliquent aux produits qui sont originaires des États membres, ainsi qu'aux produits en provenance de pays tiers qui se trouvent en libre pratique dans les États membres.

Article 29

(Ex-article 24 TCE)

Sont considérés comme étant en libre pratique dans un État membre les produits en provenance de pays tiers pour lesquels les formalités d'importation ont été accomplies et les droits de douane et taxes d'effet équivalent exigibles ont été perçus dans cet État membre, et qui n'ont pas bénéficié d'une ristourne totale ou partielle de ces droits et taxes.

Article 30

(Ex-article 25 TCE)

Les droits de douane à l'importation et à l'exportation ou taxes d'effet équivalent sont interdits entre les États membres. Cette interdiction s'applique également aux droits de douane à caractère fiscal.

Article 34

(Ex-article 28 TCE)

Les restrictions quantitatives à l'importation ainsi que toutes mesures d'effet équivalent, sont interdites entre les États membres.

Article 35

(Ex-article 29 TCE)

Les restrictions quantitatives à l'exportation, ainsi que toutes mesures d'effet équivalent, sont interdites entre les États membres.

Article 36

(Ex-article 30 TCE)

Les dispositions des articles 34 et 35 ne font pas obstacle aux interdictions ou restrictions d'importation, d'exportation ou de transit, justifiées par des raisons de moralité publique, d'ordre public, de sécurité publique, de protection de la santé et de la vie des personnes et des animaux ou de préservation des végétaux, de protection des trésors nationaux ayant une valeur artistique, historique ou archéologique ou de protection de la propriété industrielle et commerciale. Toutefois, ces interdictions ou restrictions ne doivent constituer ni un moyen de discrimination arbitraire ni une restriction déguisée dans le commerce entre les États membres.

Article 45

(Ex-article 39 TCE)

La libre circulation des travailleurs est assurée à l'intérieur de l'Union.

Elle implique l'abolition de toute discrimination, fondée sur la nationalité, entre les travailleurs des États membres, en ce qui concerne l'emploi, la rémunération et les autres conditions de travail.

Elle comporte le droit, sous réserve des limitations justifiées par des raisons d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique :

De répondre à des emplois effectivement offerts,

De se déplacer à cet effet librement sur le territoire des États membres,

De séjourner dans un des États membres afin d'y exercer un emploi conformément aux dispositions législatives, réglementaires et administratives régissant l'emploi des travailleurs nationaux, d) de demeurer, dans des conditions qui feront l'objet de règlements établis par la Commission, sur le territoire d'un État membre, après y avoir occupé un emploi.

4. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux emplois dans l'administration publique.

Article 114

(Ex-article 95 TCE)

1. Sauf si les traités en disposent autrement, les dispositions suivantes s'appliquent pour la réalisation des objectifs énoncés à l'article 26. Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire et après consultation du Comité économique et social, arrêtent les mesures relatives au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres qui ont pour objet l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur.

2. Le paragraphe 1 ne s'applique pas aux dispositions fiscales, aux dispositions relatives à la libre circulation des personnes et à celles relatives aux droits et intérêts des travailleurs salariés.

3. La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé en tenant compte notamment de toute nouvelle évolution basée sur des faits scientifiques. Dans le cadre de leurs compétences respectives, le Parlement européen et le Conseil s'efforcent également d'atteindre cet objectif.

4. Si, après l'adoption d'une mesure d'harmonisation par le Parlement européen et le Conseil, par le Conseil ou par la Commission, un État membre estime nécessaire de maintenir des dispositions nationales justifiées par des exigences importantes visées à l'article 36 ou relatives à la protection de l'environnement ou du milieu de travail, il les notifie à la Commission, en indiquant les raisons de leur maintien.

5. En outre, sans préjudice du paragraphe 4, si, après l'adoption d'une mesure d'harmonisation par le Parlement européen et le Conseil, par le Conseil ou par la Commission, un État membre estime nécessaire d'introduire des dispositions nationales basées sur des preuves scientifiques nouvelles relatives à la protection de l'environnement ou du milieu de travail en raison d'un problème spécifique de cet État membre, qui surgit après l'adoption de la mesure d'harmonisation, il notifie à la Commission les mesures envisagées ainsi que les raisons de leur adoption.

6. Dans un délai de six mois après les notifications visées aux paragraphes 4 et 5, la Commission approuve ou rejette les dispositions nationales en cause après avoir vérifié si elles sont ou non un moyen de discrimination arbitraire ou une restriction déguisée dans le commerce entre États membres et si elles constituent ou non une entrave au fonctionnement du marché intérieur.

En l'absence de décision de la Commission dans ce délai, les dispositions nationales visées aux paragraphes 4 et 5 sont réputées approuvées.

Lorsque cela est justifié par la complexité de la question et en l'absence de danger pour la santé humaine, la Commission peut notifier à l'État membre en question que la période visée dans le présent paragraphe peut être prorogée d'une nouvelle période pouvant aller jusqu'à six mois.

7. Lorsque, en application du paragraphe 6, un État membre est autorisé à maintenir ou à introduire des dispositions nationales dérogeant à une mesure d'harmonisation, la Commission examine immédiatement s'il est opportun de proposer une adaptation de cette mesure.

8. Lorsqu'un État membre soulève un problème particulier de santé publique dans un domaine qui a fait préalablement l'objet de mesures d'harmonisation, il en informe la Commission, qui examine immédiatement s'il y a lieu de proposer des mesures appropriées au Conseil.

9. Par dérogation à la procédure prévue aux articles 258 et 259, la Commission et tout État membre peuvent saisir directement la Cour de justice de l'Union européenne s'ils estiment qu'un autre État membre fait un usage abusif des pouvoirs prévus par le présent article.

10. Les mesures d'harmonisation visées ci-dessus comportent, dans les cas appropriés, une clause de sauvegarde autorisant les États membres à prendre, pour une ou plusieurs des raisons non économiques visées à l'article 36, des mesures provisoires soumises à une procédure de contrôle de l'Union.

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Economie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE

Durée : 1h

Semestre 5

1ère session

3ème année LICENCES Droit,
Droit LEA et droit Marché de l'Art

GUÉGUEN-HALLOUËT Gaëlle

Sans document(s)

DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE

Vous répondrez de manière argumentée aux questions suivantes :

1. Vous définirez la citoyenneté européenne et préciserez les droits et protections qui en découlent ? (5 points)
2. Qu'est- ce qu'une Union douanière ? (5 points)
3. Cas pratique (10 points – 2, 5 points par question)

Le maire de Brest vient d'adopter une décision interdisant sur le territoire de la commune la vente de crêpes non emballées. Un fabricant espagnol de distributeurs automatiques de crêpes considère que cette mesure qui l'empêche de vendre ses distributeurs de crêpes non emballées constitue une entrave contraire au droit de l'Union européenne. Le maire de Brest estime quant à lui que des motifs d'hygiène et de santé justifient cette mesure. Qui a raison ?

1. S'agit-il d'une question qui relève de la liberté de circulation des marchandises ?
2. Quelles sont les dispositions du traité applicables ?
3. Cette restriction constitue-t-elle une MEERQ ?
4. Cette mesure peut-elle être justifiée ? et à quelles conditions ?

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S**
Année Universitaire 2021-2022**Durée** : 3h3^{ème} année LICENCE Droit**Semestre** : semestre 5**Nom de l'enseignant** :
Cécile Hablot**Session** : 1^{ère} session Sans document(s)
 Document autorisé : code du travail**DROIT DU TRAVAIL : RELATIONS INDIVIDUELLES**Traitez, au choix, l'un des sujets suivants :1/ - Sujet : résoudre les trois cas pratiques

1) Myriam, la propriétaire d'un bar-restaurant situé rue de Siam à Brest et qui emploie 10 salarié.es envisage d'ouvrir un autre restaurant à Guipavas. Pour ce second établissement, Myriam prévoit l'embauche d'un cuisinier et de trois serveurs ou serveuses. Elle souhaite également qu'Alexandrine avec son expérience de cheffe de rang dans le premier restaurant de Brest puisse exercer ses fonctions dans le nouveau restaurant. A Brest, c'est Myriam qui reprendra la gestion de la salle avec l'aide d'un adjoint chef de rang, Martin. Alexandrine travaille depuis 12 ans dans le restaurant sous contrat à durée indéterminée. D'abord embauchée comme serveuse, elle a été promue cheffe de salle il y a 4 ans avec une rémunération de 2200 euros bruts. Alexandrine, qui habite dans le quartier de Saint Martin à Brest et dont la fille va à l'école dans le quartier, ne veut pas travailler en

dehors de Brest. Elle estime qu'elle perdra trop de temps dans les transports à aller jusqu'à Guipavas et ne pourra plus rentrer chez elle pendant les coupures de la journée entre les services. Myriam relit le contrat de travail d'Alexandrine : aucune clause de mobilité n'est prévue.

Conseillez Myriam face au refus d'Alexandrine de travailler dans le nouveau restaurant de Guipavas qui ouvrira ses portes le 7 février 2022. (8 points)

2) Victor, salarié d'une entreprise de fabrication de composants électroniques située à Brest dont le travail habituel commence à 9h, doit se rendre lundi prochain à une réunion à 10 heures à Paris. Son départ de la gare de Brest est prévu à 6h pour une arrivée à Paris à 9h30. Il a ensuite 30 minutes de métro pour se rendre sur le lieu de sa réunion. **Victor vous demande s'il va être rémunéré pour le temps passé dans les transports. (4 points)**

3) L'usine BierWorld est une entreprise de fabrication de bières du monde entier située en Bretagne et comptant 52 salariés. Maxime y travaille depuis huit ans en qualité de chef de ligne en contrat à durée indéterminée avec une rémunération en 2021 de 2100 euros bruts. Il y a un mois, il a été déplacé par son supérieur sur une ligne de production récemment modernisée.

L'un de ses collègues, Bertrand, a très mal vécu cette décision estimant qu'en raison de son ancienneté de 16 ans dans l'usine, c'est lui qui aurait dû bénéficier de ce poste moins fatigant. Il estime que la formation de deux semaines suivies par Maxime l'année dernière sur les nouvelles technologies existantes ne suffit pas à justifier que ce soit ce dernier qui ait été choisi.

Lundi dernier Bertrand s'en est pris directement à Maxime en l'agressant verbalement de « petite m***** qui profite de sa belle gueule et de son c** pour obtenir ce qu'il veut et qu'il ferait mieux de retourner dans sa campagne profonde ». Depuis un mois, Maxime sait également que Bertrand dénigre son travail auprès des autres collègues de l'entreprise. N'en pouvant plus de ce comportement, Maxime va directement voir Bertrand mardi pendant le repas de midi au restaurant d'entreprise. Rapidement, le ton monte et Bertrand empoigne Maxime par le col en l'insultant de « pauvre m***** ». Les deux salariés sont séparés par des collègues.

Le lendemain à 10h, le chef d'atelier organise une réunion avec les deux salariés en conflit en présence du chef d'entreprise. Pendant l'entretien, Bertrand ne se gêne pas pour insulter Maxime de « fainéant incapable qui devrait plutôt se pointer à Pôle emploi au lieu de polluer l'usine ». A bout de nerfs, Maxime se met à hurler « ferme ta g***** ! ». Le chef d'atelier lui demande alors de se calmer, de ne pas crier et d'avoir un langage correct à l'égard de Bertrand. Maxime est abasourdi par le manque de réaction de son supérieur et du chef d'entreprise face au comportement de Bertrand. Jeudi, le lendemain, lors d'une réunion de service, Bertrand remplit d'un sentiment d'impunité réitère ses insultes à l'encontre de Maxime. Ce dernier se lève pour lui répondre mais reçoit alors une gifle de Bertrand. S'en est trop, Maxime quitte la réunion, se rend dans son bureau et rédige une lettre de démission en relatant les altercations avec Bertrand et le contenu de

l'entretien de la matinée. Après quelques jours de repos et une discussion avec des amis, Maxime s'en veut d'avoir démissionné car il a tout perdu : aucune indemnités de rupture et aucune allocations d'assurance chômage. Il trouve la situation très injuste car c'est à cause de l'ambiance de travail créée par Bertrand et ses chefs qu'il est parti. **Que lui conseillez-vous de faire ? (8 points)**

2/ - Sujet : commenter l'arrêt de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 1^{er} décembre 2021 reproduit ci-dessous :

Cass. soc. 1 déc. 2021, Publié au bulletin

Faits et procédure

2. Selon l'arrêt attaqué (Paris, 25 septembre 2019), statuant sur renvoi après cassation (Soc., 6 octobre 2017, pourvoi n° 16-17.164), M. [T], engagé le 5 novembre 2008 en qualité de "principal consultant", directeur conseil France, par la société Frost & Sullivan Limited (la société), puis à partir de l'avenant du 31 janvier 2011 pour les seules activités de "principal consultant", a été victime d'un accident du travail le 24 juin 2010 et a été placé en arrêt de travail jusqu'au 5 juillet suivant.

3. Il a été licencié pour insuffisance professionnelle le 10 août 2012.

4. Contestant son licenciement, il a saisi la juridiction prud'homale.

Examen des moyens

Sur les premier, troisième, quatrième, cinquième et sixième moyens des pourvois n° N 19-24.766 et W 19-26.269, et sur le moyen du pourvoi n° Z 19-25.812, ci-après annexés

5. En application de l'article 1014, alinéa 2, du code de procédure civile, il n'y a pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée sur ces moyens qui ne sont manifestement pas de nature à entraîner la cassation.

Mais sur le deuxième moyen des pourvois n° N 19-24.766 et W 19-26.269

Enoncé du moyen

6. Le salarié fait grief à l'arrêt de le débouter de sa demande tendant à ce que la société soit condamnée à lui payer une rémunération de 8491,66 euros pour chaque mois écoulé entre son éviction de l'entreprise et sa réintégration assortie des congés payés afférents, alors « que ce qui est annulé est réputé ne jamais avoir existé et l'annulation requiert de rétablir le statu quo ante ; qu'en affirmant que

la période d'éviction n'ouvrait pas droit à acquisition de jours de congés payés après avoir pourtant constaté qu'il y avait lieu d'annuler le licenciement du salarié ce dont il résultait qu'il était fondé à solliciter le paiement de toutes les sommes et les droits dont il aurait bénéficié s'il n'avait pas été licencié, en ce compris ses salaires et les jours de congés payés afférents, la cour d'appel a violé l'article 1101 du code civil, ensemble l'article L. 1226-13 du code du travail. »

Réponse de la Cour

Vu les articles L. 1226-9 et L. 1226-13 du code du travail :

7. Aux termes du premier de ces textes, au cours des périodes de suspension du contrat de travail, l'employeur ne peut rompre ce dernier que s'il justifie soit d'une faute grave de l'intéressé, soit de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à l'accident ou à la maladie.

8. Aux termes du second de ces textes, toute rupture du contrat de travail prononcée en méconnaissance des dispositions des articles L. 1226-9 et L. 1226-18 est nulle.

9. La Cour de cassation a jugé que la période d'éviction ouvrant droit, non à une acquisition de jours de congés, mais à une indemnité d'éviction, le salarié ne pouvait bénéficier effectivement de jours de congés pour cette période (Soc., 11 mai 2017, pourvoi n° 15-19.731, 15-27.554, Bull. 2017, V, n° 73; voir également Soc., 30 janvier 2019, pourvoi n° 16-25.672). Elle a jugé de même que le salarié dont le licenciement est nul et qui demande sa réintégration a droit au paiement d'une somme correspondant à la réparation de la totalité du préjudice subi au cours de la période qui s'est écoulée entre son licenciement et sa réintégration dans la limite des salaires dont il a été privé et qu'il ne peut acquérir de jours de congés pendant cette période (Soc., 28 novembre 2018, pourvoi n° 17-19.004).

10. Toutefois, la Cour de justice de l'Union européenne, dans son arrêt du 25 juin 2020 (CJUE, 25 juin 2020, Varhoven kasatsionen sad na Republika Bulgaria, aff. C- 762/18 et Iccrea Banca, aff. C-37-19), a dit pour droit que l'article 7, paragraphe 1, de la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil, du 4 novembre 2003, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une jurisprudence nationale en vertu de laquelle un travailleur illégalement licencié, puis réintégré dans son emploi, conformément au droit national, à la suite de l'annulation de son licenciement par une décision judiciaire, n'a pas droit à des congés annuels payés pour la période comprise entre la date du licenciement et la date de sa réintégration dans son emploi, au motif que, pendant cette période, ce travailleur n'a pas accompli un travail effectif au service de l'employeur.

11. La Cour de justice a précisé dans cette décision que, selon une jurisprudence constante de la Cour, le droit au congé annuel, consacré à l'article 7 de la directive 2003/88, a une double finalité, à savoir permettre au travailleur de se reposer par rapport à l'exécution des tâches lui incombant selon son contrat de travail, d'une part, et disposer d'une période de détente et de loisirs, d'autre part (arrêt du 20 juillet 2016, Maschek, C-341/15, EU:C:2016:576, point 34 et jurisprudence citée) (point 57).

12. Cette finalité, qui distingue le droit au congé annuel payé d'autres types de congés poursuivant des finalités différentes, est basée sur la prémisse que le travailleur a effectivement travaillé au cours de la période de référence. En effet, l'objectif de permettre au travailleur de se reposer suppose que ce travailleur ait exercé une activité justifiant, pour assurer la protection de sa sécurité et de sa santé visée par la directive 2003/88, le bénéfice d'une période de repos, de détente et de loisirs. Partant, les droits au congé annuel payé doivent en principe être déterminés en fonction des périodes de travail effectif accomplies en vertu du contrat de travail (arrêt du 4 octobre 2018, Dicu, C-12/17, EU:C:2018:799, point 28 et jurisprudence citée) (point 58).

13. Cela étant, dans certaines situations spécifiques dans lesquelles le travailleur est incapable de remplir ses fonctions, le droit au congé annuel payé ne peut être subordonné par un État membre à l'obligation d'avoir effectivement travaillé (voir, en ce sens, arrêt du 24 janvier 2012, Dominguez, C-282/10, EU:C:2012:33, point 20 et jurisprudence citée) (point 59).

14. Il en est ainsi, notamment, en ce qui concerne les travailleurs qui sont absents du travail à cause d'un congé de maladie au cours de la période de référence. En effet, ainsi qu'il ressort de la jurisprudence de la Cour, au regard du droit au congé annuel payé, ces travailleurs sont assimilés à ceux qui ont effectivement travaillé au cours de cette période (arrêt du 4 octobre 2018, Dicu, C-12/17, EU:C:2018:799, point 29 et jurisprudence citée) (point 60).

15. Or, il y a lieu de constater que, tout comme la survenance d'une incapacité de travail pour cause de maladie, le fait qu'un travailleur a été privé de la possibilité de travailler en raison d'un licenciement jugé illégal par la suite est, en principe, imprévisible et indépendant de la volonté de ce travailleur (point 67).

16. Dès lors, la période comprise entre la date du licenciement illégal et la date de la réintégration du travailleur dans son emploi, conformément au droit national, à la suite de l'annulation de ce licenciement par une décision judiciaire, doit être assimilée à une période de travail effectif aux fins de la détermination des droits au congé annuel payé (point 69).

17. Enfin, il convient de préciser, que, dans l'hypothèse où le travailleur concerné a occupé un autre emploi au cours de la période comprise entre la date

du licenciement illégal et celle de sa réintégration dans son premier emploi, ce travailleur ne saurait prétendre, à l'égard de son premier employeur, aux droits au congé annuel correspondant à la période pendant laquelle il a occupé un autre emploi (points 79 et 88).

18. Il en résulte qu'il y a lieu de juger désormais que, sauf lorsque le salarié a occupé un autre emploi durant la période d'éviction comprise entre la date du licenciement nul et celle de la réintégration dans son emploi, il peut prétendre à ses droits à congés payés au titre de cette période en application des dispositions des articles L. 3141-3 et L. 3141-9 du code du travail.

19. Pour rejeter la demande du salarié tendant à obtenir que la société soit condamnée à lui payer une rémunération pour chaque mois écoulé entre son éviction de l'entreprise et sa réintégration assortie des congés payés afférents, l'arrêt retient que le salaire mensuel à prendre en considération pour calculer l'indemnité d'éviction s'élève à 8 491,66 euros, soit la rémunération perçue en moyenne par l'intéressé avant la rupture, et que la période d'éviction n'ouvre pas droit à acquisition de jours de congés.

20. En statuant ainsi, la cour d'appel a violé les textes susvisés.

Portée et conséquences de la cassation

21. La cassation prononcée (sur le deuxième moyen des pourvois n° N 19-24.766 et W 19-26.269) n'emporte pas cassation des chefs de dispositif de l'arrêt condamnant l'employeur aux dépens ainsi qu'au paiement d'une somme au titre de l'article 700 du code de procédure civile, justifiés par d'autres condamnations prononcées à l'encontre de celui-ci et non remises en cause.

PAR CES MOTIFS, la Cour :

REJETTE le pourvoi n° Z 19-25.812 ;

CASSE ET ANNULE, mais seulement en ce qu'il déboute M. [T] de sa demande au titre des congés payés afférents à l'indemnité d'éviction, l'arrêt rendu le 25 septembre 2019, entre les parties, par la cour d'appel de Paris ;

Remet, sur ce point, l'affaire et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant cet arrêt et les renvoie devant la cour d'appel de Paris, autrement composée ;

Durée : 1 h

3^{ème} année LICENCE Droit

Semestre : semestre 5

Nom de l'enseignant :
Cécile Hablot

Session : 1^{ère} session

x Sans document(s)

DROIT DU TRAVAIL : RELATIONS INDIVIDUELLES

Traiter **les trois** sujets suivants :

- 1) **Définition et qualification du contrat de travail** : développez en une page maximum et donnez **un exemple** (8 points)
- 2) **Clause de non-concurrence** – 20 lignes maximum (6 points)
- 3) **Procédure disciplinaire** – 20 lignes maximum (6 points)



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

Droit fiscal

Durée : 1h

3^e année LICENCE Droit

Semestre : semestre 5

M. LAVAINÉ (Brest)
F. ALHAMA (Quimper)

Session : 1^{ère} session

Aucun document autorisé

DROIT FISCAL

Traitez les 2 questions suivantes :

- 1) Le principe d'égalité en matière fiscale (10 points)
- 2) Quelles sont les catégories de revenus imposables au titre de l'impôt sur le revenu ? (10 points)



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

LIBERTES PUBLIQUES :

Durée : 1 h

Semestre : semestre 5

Session : 1^{ère} session

3^{ème} année LICENCE Droit

Nom de l'enseignant : Marthe Le Moigne

Documents autorisés :

Codes annotés mais non commentés, ainsi que les recueils (ou photocopies tirées de sites Internet officiels) de textes réglementaires, législatifs et supra-législatifs nationaux, et de normes européennes et internationales, ne contenant aucune indication de doctrine.

Ces documents pourront être surlignés ou soulignés y compris sur la tranche. Cependant, aucune annotation manuscrite ne pourra y figurer.

Les onglets, marques pages ou signets non annotés sont autorisés.

Documents interdits : autres documents et notamment photocopies des circulaires et de la jurisprudence

LIBERTES PUBLIQUES

Traitez l'un des deux sujets suivants :

Sujet 1 : Commentez le texte ci-dessous.

Le Monde, 23 septembre 2021

La Constitution invoquée au secours du droit à mourir dans la dignité

L'association suisse Dignitas a saisi le Conseil d'Etat afin de faire reconnaître par le droit ce que le Parlement n'est pas parvenu à faire

A défaut de voir le débat sur « *le droit à mourir dans la dignité* » s'ouvrir réellement sur le terrain politique, et devant l'incapacité du gouvernement et du Parlement à s'emparer de ce sujet de société, c'est par la voie juridique que les choses pourraient évoluer. L'association suisse Dignitas, militante pour le droit à choisir sa fin de vie, devait déposer, mercredi 22 septembre, une requête devant le Conseil d'Etat accompagnée d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) afin que le Conseil constitutionnel se prononce.

Le sujet a récemment avancé par le même chemin en Allemagne et en Autriche, alors que le droit au suicide assisté existe déjà sous certaines conditions en Suisse, en Belgique, aux Pays-Bas, en Espagne ou au Canada. Saisie par plusieurs associations dont Dignitas, la Cour constitutionnelle allemande a jugé, le 26 février 2020, que le droit de mettre fin à sa vie de manière indépendante fait partie du droit fondamental de la personnalité et de la dignité humaine. Quelques mois plus tard, en décembre, la Cour constitutionnelle autrichienne se prononçait dans le même sens.

« *C'est le moment de le faire en France, même si la procédure pour arriver à la Cour constitutionnelle y est plus complexe* », justifie Claudia Magri, chargée de la communication de Dignitas. L'association fondée en 1998 compte aujourd'hui quelque 10 000 adhérents dont plus d'un millier en France. Elle a accompagné jusqu'à la mort en Suisse 35 résidents français en 2020 et 43 en 2019.

Concrètement, la procédure mise en place avec le concours de l'avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation Patrice Spinosi passe par une requête demandant l'abrogation du décret listant les substances vénéneuses interdites à la prescription médicale, en particulier le pentobarbital. La QPC qui vient en appui, soumise à l'appréciation de la haute juridiction administrative avant son éventuelle transmission au Conseil constitutionnel, demande de censurer les articles du code santé publique qui font obstacle à la moindre exception permettant à chacun de choisir sa fin de vie et punissent de prison les personnes qui apporteraient leur concours à une telle issue.

« Contrôle strict »

« *Nous ne demandons pas au Conseil constitutionnel de définir ces exceptions mais d'imposer au législateur de choisir lui-même les soupapes à inscrire dans la loi afin de garantir une évolution harmonieuse de notre droit* », explique Me Spinosi. L'Assemblée nationale qui devait débattre le 8 avril de la proposition de loi « *donnant et garantissant une fin de vie libre et choisie* » déposée par le député Olivier Falorni (Charente-Maritime, Libertés et Territoires) a été empêchée de mener la discussion à son terme en raison d'un barrage de plus de 4 000 amendements. Le gouvernement préférant de son côté tergiverser plutôt que d'assumer un débat sur ce sujet délicat auquel les Français sont pourtant, à en croire les sondages, largement favorables.

Le droit à l'autonomie personnelle et à l'autodétermination pour son propre corps n'est pas formellement inscrit dans le droit européen ni dans la Constitution, mais la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et la place croissante accordée dans différents domaines au droit à la dignité par le Conseil constitutionnel plaident pour. Le fait qu'une personne soit « *empêchée par la loi d'exercer son choix d'éviter ce qui, à ses yeux, constituera une fin de vie indigne et pénible* » peut être de nature à conduire à « *une atteinte au droit de l'intéressée au respect de sa vie privée* » protégé par la Convention européenne, avait jugé dès 2002, la Cour de Strasbourg.

Selon Me Spinosi, « le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine figure indubitablement au premier rang des droits et libertés que la Constitution garantit ». Le Conseil constitutionnel a déjà souligné dans une décision de septembre 2010 que « le préambule de la Constitution de 1946 a réaffirmé que tout être humain (...) possède des droits inaliénables et sacrés » et « que la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute

forme d'asservissement et de dégradation est au nombre de ces droits et constitue un principe à valeur constitutionnelle . Mais, l'institution de la rue Montpensier n'a encore jamais eu à se prononcer sur ce droit à mourir dignement et à en choisir le moment.

A l'appui de la procédure, Dignitas ne demande pas un droit absolu au suicide assisté. « *Il est indéniable qu'il importe qu'un contrôle strict puisse être exercé sur les substances dangereuses et mortifères* », écrit son avocat à l'appui de la QPC. Quant à la pénalisation des médecins ou accompagnants qui aideraient une personne à choisir le moment et les conditions de sa mort, elle est, selon Me Spinosi, contraire au principe constitutionnel de fraternité, solennellement rappelé dans une célèbre décision de septembre 2018 par le Conseil constitutionnel. Ce principe implique notamment « *la liberté d'aider autrui dans un but humanitaire* », avait-il jugé.

Si la QPC est transmise à l'institution présidée par Laurent Fabius, celle-ci devra se prononcer dans les tout premiers mois de 2022, en pleine campagne pour l'élection présidentielle. Les candidats à la présidence de la République pourraient alors être amenés à se prononcer sur le sujet, même s'il reviendra à la prochaine législature de faire bouger la loi. Pour l'heure, la lettre posthume adressée à Emmanuel Macron par Alain Cocq, mort le 15 juin en Suisse par suicide assisté après des années de souffrances terribles provoquées par une maladie incurable, n'a pas suffi à relancer le débat.

Jean-Baptiste Jacquin

Sujet 2 : Commentez le texte ci-dessous.

Le Monde, 22 juillet 2021

La France condamnée par la CEDH pour la rétention d'une Malienne et de son bébé

La Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le placement pendant onze jours d'une jeune Malienne et de sa fille de 4 mois était une mesure « excessive ». Elle rappelle que la rétention d'un mineur « ne peut être décidée qu'en dernier ressort ».

La France a été condamnée, jeudi 22 juillet, par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) pour avoir placé en rétention pendant onze jours une jeune Malienne et sa fille de quatre mois, une mesure jugée « excessive ».

La CEDH a conclu à la violation de la Convention européenne des droits de l'homme au titre des articles 3 « Interdiction de la torture » (« *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ») ; 5.1 « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. (...)* » ; et 5.4 – « *Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale* ». La France devra verser à la mère et à sa fille la somme de 16 780 euros.

La requérante, une Malienne née en 1995, était arrivée en France le 15 janvier 2018 via l'Italie, pour fuir son pays où elle disait risquer « *des mutilations génitales* » et un mariage forcé, fait savoir la Cour dans son résumé de l'arrêt. En juillet 2018, elle donne naissance à sa fille.

A la fin de novembre 2018, en vue d'être expulsée avec son enfant vers l'Italie, pays responsable de l'examen de sa demande d'asile en raison des accords de Dublin, elle est placée au centre de rétention administrative du Mesnil-Amelot (Seine-et-Marne) pour quarante-huit heures, le préfet du Loir-et-Cher invoquant « *un risque non négligeable de fuite* ».

« Un traitement qui a dépassé le seuil de gravité »

La jeune Malienne, qui avait refusé d'embarquer dans un avion vers l'Italie, conteste vainement l'arrêté devant la justice, qui le prolongera de vingt-huit jours. Le 6 décembre, sa demande de mesures provisoires est validée par la CEDH et le gouvernement français met fin, au bout de onze jours, à la rétention. La jeune mère et sa fille sont alors prises en charge par les services sociaux et bénéficieront de titres de séjour provisoires.

« *Compte tenu du très jeune âge de l'enfant, des conditions d'accueil dans le centre de rétention* » et de la durée de la rétention, la France a « *soumis l'enfant* » alors âgé de 4 mois, ainsi que sa mère « *à un traitement qui a dépassé le seuil de gravité requis par l'article 3 de la Convention* », estime le bras judiciaire du Conseil de l'Europe. La justice n'a pas tenu « *suffisamment compte* » de son « *statut d'enfant mineur* » avant notamment d'« *ordonner la prolongation de la rétention* », souligne la Cour. Celle-ci rappelle que le droit français prévoit que la rétention d'un mineur « *ne peut être décidée qu'en dernier ressort et pour une durée aussi brève que possible* ». « *Depuis plusieurs années, le Défenseur des droits appelle les autorités françaises à mettre un terme à la rétention administrative des enfants* », insiste dans un communiqué l'institution, intervenue en 2019 dans la procédure en qualité de tiers intervenant. La Défenseure des droits, Claire Hédon, « *appelle une nouvelle fois le gouvernement et le Parlement à faire évoluer la législation pour proscrire, en toutes circonstances, cette mesure* », ajoute le communiqué.



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

Régime général des obligations

Licence Droit, 3ème année

Brest : Isabelle Sérandour
Quimper : Cécile De Cet Bertin

Durée : 3 heures

Semestre : 5

Session : 1

Document autorisé :
Code civil non annoté

Vous traiterez les deux cas suivants (barème donné à titre indicatif):

Cas pratique 1

Paysagiste, M. Amado est débiteur de son paysagiste, M. Chapo, depuis le mois de septembre dernier. Cette dette de 15 000 euros ne sera exigible que le 5 janvier prochain, en raison de difficultés passagères de trésorerie dont M. Chapo a bien voulu tenir compte. Ayant un besoin soudain et immédiat de liquidités, M. Chapo a vendu cette créance 10 000 euros à sa banque, le crédit Narco, le 12 octobre dernier.

Le 20 octobre suivant, le crédit Narco a envoyé à M. Amado un courrier avec accusé de réception contenant une copie de l'acte de cession.

Mais le crédit Narco vient d'apprendre que M. Chapo avait reçu, de la part du frère de M. Amado, un paiement à hauteur de 10 000 euros de sa créance sur M. Amado pendant la première semaine d'octobre. En effet, lorsque M. Amado a reçu le courrier avec accusé de réception du crédit Narco, il lui a indiqué qu'il ne le paierait pas car il avait, le 18 octobre, signé une reconnaissance de dette en bonne et due forme envers son frère.

Le crédit Narco ne comprend pas car il considère que le paiement effectué par le frère de M. Amado, avant l'heure, n'est pas valable. Surtout, le crédit Narco voudrait, lui aussi, céder cette créance sur M. Amado. Il se demande donc si la cession opérée à son profit a une quelconque valeur. Il vous précise d'ailleurs que toute action envers M. Chapo est exclue : celui-ci a disparu dans la nature... (13 points)

Cas pratique 2

M. Lebrun vous sollicite à propos des difficultés qu'il rencontre avec son débiteur, M. Popia, qui lui doit 15 000 euros. M. Popia, insolvable, se trouve dans l'incapacité de payer. Un peu perdu, M. Popia a accepté que M. Lebrun analyse ses documents pour chercher une solution.

En creusant un peu, M. Lebrun a découvert que M. Popia avait, dans le cadre de son activité de maçonnerie, accepté de verser à un fournisseur (Mme Lotto) avec lequel il était en litige la somme de 20 000 euros aux termes d'une transaction.

En lisant l'acte de transaction en date du 1^{er} août 2020, M. Lebrun a découvert la clause suivante : « *contrairement aux dispositions du Code civil, le délai de prescription applicable est de quatorze mois* ». Quelques minutes plus tard, il trouvait une copie d'un courrier de M. Popia du 1^{er} novembre dernier adressé en réponse à une lettre de Mme Lotto indiquant qu'il renonçait à la prescription de sa dette.

M. Lebrun vous demande ce qu'il peut faire. (7 points)



UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Droit, d'Économie, Gestion et A.E.S
Année Universitaire 2021-2022

LIBELLE DE L'ENSEIGNEMENT :

Durée : XXXh

3^{ème} année LICENCE Droit

Semestre : semestre 2021

Nom de l'enseignant : Hélène KERJEAN

Session : 1^{ère} session

Sans document(s)
 Document autorisé (dossier joint)

NOTE DE SYNTHÈSE

Sujet:

Dans le cadre de sa démarche « qualité des relations avec les usagers », le centre hospitalier universitaire de la ville de X a eu connaissance de remarques exprimées par les patients et leur famille concernant le manque d'échange avec le corps médical.

Dans un souci de qualité de service qui doit être maintenue y compris dans cette période de pandémie, tout autant que de sécurité juridique, le directeur de cet établissement souhaite que le CHU soit exemplaire dans ce domaine. Il souhaite dans cet objectif diffuser un document d'information et de rappel des obligations et bonnes pratiques à l'ensemble du personnel médical. En tant que chef du service juridique, il vous demande de rédiger une note sur le droit à l'information des usagers du système de santé et ses modalités d'application qui servira de base à l'élaboration de ce document de communication interne, afin de permettre au corps médical de mesurer les enjeux et les risques dans ce domaine.

Dossier joint : 20 documents (70 pages)

Sommaire

Document 1: Les différents modes de règlement des litiges	10 pages
Document 2: Code civil (extraits) Titre IX « de l'autorité parentale »	2 pages
Document 3: Code civil Titre XI « de la majorité et des majeurs protégés »	2 pages
Document 4 : Code de la santé publique (extraits)	10 pages
Document 5 : Exposé des motifs projet de loi « droits des malades » (extrait 2001)	2 pages
Document 6 : Exposé des motifs du projet de loi relatif à la santé (extrait 2014)	2 pages
Document 7 : Cour administrative d'Appel de Nantes, 21 février 2013	3 pages
Document 8 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 9 octobre 2001	1 page
Document 9 : Commission des usagers de la santé- site internet ARS	2 pages
Document 10 : Label régional 2018 « droits des usagers de la santé »	1 page
Document 11 : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades » (extraits)	1 page
Document 12 : <i>Les Echos- L'obligation d'information du médecin envers son patient</i>	1 page
Document 13 : Livret d'accueil des établissements de santé	4 pages
Document 14 : Code de déontologie- commentaires de l'ordre des médecins	4 pages
Document 15 : Cour de cassation, Civ, 1ère, 26 septembre 2012	1 page
Document 16 : <i>Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000</i>	2 pages
Document 17 : Conférence nationale de santé-25 juin 2021	11 pages
Document 18 : Conseil d'État, 19 mai 2004. Notion de perte de chance	1 page
Document 19 : Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie-2013	5 pages
Document 20 : Conseil d'État, 28 juillet 2011	2 pages

5

LES DIFFÉRENTS MODES DE RÈGLEMENT DES LITIGES

V.1 PLAINTES ET RECOURS NON INDEMNITAIRES**V.1.1 Les commissions des usagers**

La commission doit veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches. Ainsi, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou les proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement peuvent être examinées par la commission, laquelle s'assurera que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

La commission examinera exclusivement les plaintes et réclamations adressées qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

Sa composition et les modalités de son fonctionnement sont précisés aux articles L1112-3 et R1112-79 à R1112-94 du Code de la Santé publique et développé au sein de ce guide - voir *infra* (Partie III - Chapitre III).

V.1.1.1 L'examen des plaintes et réclamations

Tout usager d'un établissement de santé peut exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, l'usager peut alors soit adresser une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement soit voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins.

Une copie du document lui est alors délivrée. L'ensemble des plaintes est transmis au représentant légal de l'établissement. Ce dernier doit y répondre dans les meilleurs délais et avise le plaignant de la possibilité de saisir un médiateur, ou l'informe avoir procédé à cette saisine.

Si la plainte met exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service, c'est le médiateur médecin qui est compétent. Le médiateur non médecin a à connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation relève de divers aspects, médicaux ou non, ils sont simultanément saisis.

Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier dans les huit jours suivant la saisine. Si le patient est hospitalisé, la rencontre doit intervenir avant sa sortie de l'établissement.

Dans les huit jours suivant cette rencontre, le médiateur adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

La commission peut rencontrer le plaignant si elle le juge utile. Au vu du dossier, la commission formule des recommandations

pour apporter une solution au litige ou pour que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier. Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.

Si les membres de la commission, autres que le président, sont concernés par une plainte ou une réclamation, ils ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier. Le membre titulaire peut être remplacé par son suppléant. Si le médiateur et son suppléant sont mis en cause, leur mission est alors assurée par un agent lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin et par un praticien lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

En cas de partage égal des voix, la voix du Président est prépondérante.

Pour en savoir plus :

- *Fiche Santé Info Droits Pratique B.2 : La commission des usagers : son rôle dans l'examen des plaintes*
- *Fiche Boîte à outils du RU n° 4 : Commission des usagers : la plainte/réclamation de l'usager est-elle correctement traitée ?*

V.1.1.2 Le rôle du représentant des usagers

La participation du représentant de la commission des usagers dans cette instance est sans doute l'une des plus importantes parmi les différents mandats. En effet, c'est au sein de la commission des usagers que le représentant peut être le plus efficace et apporter le plus à l'établissement et aux usagers.

La lecture des plaintes, réclamations et éloges est une source inépuisable d'informations sur l'organisation, le fonctionnement, la qualité de la prise en charge dans les différents services. Cette lecture est également un indicateur efficace pour connaître le climat social qui règne dans l'hôpital.

Pour pouvoir agir à bon escient, il est impératif que le représentant des usagers ait accès à l'ensemble des courriers dans leur intégralité : la délivrance d'une liste récapitulant le thème général des lettres n'est pas satisfaisant. En effet, un courrier des usagers est quelquefois complexe. Il contient souvent plusieurs demandes. Il peut mettre en évidence, à la fois, des points positifs et négatifs. Le ton, la forme, la manière dont sont exprimés les griefs ou les éloges sont autant d'éléments importants à connaître. En aucune manière, une lettre ne peut se résumer à un titre générique.

L'article R1112-80 du Code de la Santé publique précise d'ailleurs que : « L'ensemble des plaintes et des réclamations adressées à

l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement, sont tenues à la disposition des membres de la commission ». Le représentant doit donc demander cet accès. Un établissement qui refuserait ce droit montrerait qu'il n'a pas compris le rôle du représentant et plus largement de la commission.

Il peut être intéressant que les représentants lisent ensemble ces courriers afin de pouvoir en discuter et préparer leurs questions ou d'éventuelles propositions d'amélioration.

Cette mission doit s'exercer dans le respect du secret professionnel. À cet égard, l'article L1112-3 du Code de la Santé publique impose à tous les membres de la commission le respect du « *secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.* »

Le représentant doit également s'assurer qu'un courrier d'accusé de réception de la lettre sera systématiquement adressé à l'utilisateur, et ceci dans un délai rapide. Cette première correspondance est importante car elle informe l'utilisateur que l'établissement a bien pris en compte sa demande.

Le représentant sera aussi attentif au délai concernant la réponse définitive. Plus le temps de réponse est long, plus le risque de voir grandir un sentiment de défiance vis-à-vis de l'établissement est important. Il devra par ailleurs s'assurer que cette lettre répond bien aux interrogations de l'utilisateur et ne soit pas une « lettre type ».

Comme nous l'avons indiqué précédemment, la commission des usagers contribue également à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches, en recevant toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions. Elle rend compte de ses analyses et propositions. Il est indispensable de veiller à ce que l'action de la commission ne se limite pas au traitement des litiges. En effet, la tendance naturelle des établissements est de se concentrer sur ces modes de règlement. Le volet amélioration de la qualité de la prise en charge est tout aussi important et ne doit pas être considéré comme une mission secondaire. C'est aux représentants d'y être attentifs et de faire en sorte que des réflexions soient engagées sur ces questions.

Dans ce cadre, la commission doit être destinataire des éventuelles enquêtes de satisfaction réalisées par l'établissement, ainsi que d'une synthèse des questionnaires de sortie. Les membres de la commission peuvent aussi demander à rencontrer les présidents des commissions qui traitent de la qualité de la prise en charge (commission alimentation nutrition, comité de lutte contre les infections nosocomiales, commission de lutte contre la douleur...).

Par ailleurs, l'article R6144-2-2 du CSP prévoit que la commission contribue à l'élaboration du programme d'actions qui sera établi par la commission médicale d'établissement, pour les établissements publics, ou par la conférence médicale d'établissement, pour les établissements privés, visant à mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce programme devra en particulier prendre en compte les informations contenues dans le rapport annuel de

la commission. Les représentants devront se rapprocher des membres de la CME, afin d'envisager les modalités de cette collaboration (article L6144-1 du CSP).

Les représentants des usagers doivent enfin vérifier que la totalité de ces points ainsi que les éventuelles recommandations élaborées par la commission apparaissent dans le rapport annuel de la commission. Ils doivent, de même, exiger que lors de la présentation de ce rapport, un débat ait lieu au sein du conseil de surveillance autour de ces sujets, et ceci conformément aux textes en vigueur.

Le rapport de la commission a vocation à alimenter le rapport sur le respect des droits élaboré au sein de la formation spécialisée de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Il revient aux représentants des usagers de s'assurer que tel est bien le cas.

☛ Pour en savoir plus : Le Guide du représentant des usagers en commission des usagers est également à votre disposition

V1.2 Les conseils territoriaux de santé

Ces conseils ont été créés par la loi du 26 janvier 2016. L'article L1434-10 du Code de la Santé publique définit les missions et composition des conseils territoriaux de santé.

Leur rôle est de veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Ils organisent au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Ils comprennent également une commission spécialisée en santé mentale.

À ce jour, seules des expérimentations par des conseils territoriaux de santé sont en cours sur ces problématiques.

V1.3 Les instances ordinales

Les professions médicales et paramédicales sont organisées autour d'ordres professionnels qui regroupent obligatoirement des praticiens en exercice. Il existe, à ce jour, un ordre pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les pédicures-podologues, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers.

Les ordres ont pour mission de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de leur profession et à l'observation, par tous les membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par leur code de déontologie. Par ailleurs, ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance des professions. Ils peuvent organiser toutes œuvres d'entraide ou de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit.

Les ordres n'ont pas pour compétence d'évaluer ou d'indemniser les dommages corporels résultant d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins. En revanche, le non-respect des règles de déontologie à l'occasion d'un acte médical peut être porté à la connaissance de l'ordre compétent, comme par exemple

le défaut d'application du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires, le non-respect des règles de l'art dans les soins, le défaut d'information.

Tout patient ayant constaté des violations aux règles déontologiques est fondé à saisir le conseil de l'Ordre de la profession concernée. Peuvent également formuler des plaintes au conseil de l'ordre les organismes locaux d'Assurance maladie, les médecins-conseils des caisses de Sécurité sociale ou encore les associations de défense des droits des patients, des usagers ou des personnes en situation de précarité, le ministre de la santé, le préfet de la région ou du département, le procureur de la République, un syndicat ou une association de praticiens, le directeur général de l'Agence régionale de santé.

Chaque ordre professionnel a sa propre organisation. De manière générale, l'organigramme se compose d'un conseil départemental qui reçoit et instruit les plaintes et réclamations au sein de commissions de conciliation, d'un conseil régional qui comporte une chambre disciplinaire de première instance et, enfin, d'un conseil national ou central qui constitue la section d'appel des décisions du conseil régional.

Toutes les décisions du conseil national de l'ordre sont susceptibles de recours devant le Conseil d'État.

La chambre compétente est celle dans le ressort de laquelle le professionnel est inscrit à la date où elle est saisie. Elle doit statuer dans un délai de 6 mois à compter du dépôt de la plainte. La procédure est contradictoire.

■ Voir la fiche *Santé Info Droits Pratique A.9 : La procédure disciplinaire devant les ordres de professions de santé.*

V.1.4 Les recours auprès les caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM)

Les caisses primaires d'Assurance Maladie exercent une mission de régulation des tarifs des professionnels de santé. Elles sont garantes du respect des conventions que chaque médecin a signé auprès d'elles.

Chaque usager peut donc saisir sa caisse pour signaler des dépassements d'honoraires démesurés (qui constituerait une pratique tarifaire excessive), des dépassements d'honoraires chez des médecins qui exercent en secteur 1 (prohibés sauf en cas d'exigences particulières du patient), des refus de soins aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État et de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement de la complémentaire santé, le défaut d'application du tiers payant...

V.1.5 Les recours auprès du Défenseur des droits

Intégrée dans la Constitution depuis le 23 juillet 2008 et mise en place par la loi organique et la loi ordinaire du 29 mars 2011, cette autorité administrative indépendante regroupe les missions du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants, de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) et de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS). Il a, depuis lors, récoûté une mission supplémentaire en matière d'orientation et de protection des lanceurs d'alerte.

Le Défenseur des droits est nommé par le Président de la République pour un mandat de six ans non renouvelable et non révocable. Sa nomination est soumise au vote de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il constitue une autorité indépendante.

En matière de santé, deux de ses missions retiennent plus particulièrement l'attention : la lutte contre les discriminations et le rôle de médiation.

Lutte contre les discriminations

Lutte contre les discriminations

Une discrimination est une inégalité de traitement fondée sur un critère prohibé par la loi, comme l'origine, le sexe, le handicap, l'état de santé, etc., dans un domaine visé par la loi, comme l'emploi, le logement, l'éducation, etc. Cette discrimination peut être directe, si l'inégalité se fonde sur un critère prohibé, ou indirecte, lorsqu'une règle, une pratique ou un critère apparemment neutre a un effet défavorable sur un groupe visé par un critère de discrimination.

Le Défenseur des droits a repris les prérogatives de lutte contre les discriminations qui incombaient précédemment à la HALDE avec pour mission d'accompagner des victimes de discrimination dans leurs démarches. En ce sens, la victime elle-même ou une association peuvent saisir l'institution pour porter à sa connaissance des agissements discriminatoires du fait de personnes morales ou physiques, privées ou publiques.

Après avoir déterminé le caractère discriminatoire des faits, le Défenseur des droits pourra émettre une délibération publique mettant en cause l'auteur de la discrimination et lui enjoignant de prendre des dispositions afin de cesser ces agissements.

Le recours au Défenseur des droits est donc envisageable dans différentes circonstances : un patient qui se voit refuser des soins par un professionnel de santé du fait de sa pathologie ou de son régime de protection sociale, un salarié victime d'une différence de traitement au sein de son entreprise, à cause de sa maladie, un candidat se voyant refuser l'accès à un emploi du seul fait de son handicap, etc.

Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, et dont la raison d'être est de combattre les discriminations ou d'assister les victimes, pourra également saisir le Défenseur des droits « conjointement avec toute personne qui s'estime victime de discrimination », ou avec son accord.

Médiation avec les services publics

Le Défenseur des droits est également chargé d'améliorer les relations entre le citoyen, l'administration et le service public, notamment par la médiation. Il a donc intégré le rôle de l'ancien médiateur de la République qui avait pour mission depuis 1973 de résoudre les litiges des usagers avec les autorités publiques. Le Défenseur des droits examine ainsi au cas par cas l'inadaptation de certains textes ou procédures, les excès de certains comportements. Il propose des solutions sur mesure et des réformes de fond.

Il peut être saisi par toute personne physique ou morale (comme une association) en conflit avec une administration ou un service public. Tout parlementaire peut également avoir recours à la médiation, au nom d'un individu qui l'aurait interpellé sur sa situation.

Pour saisir le Défenseur des droits, il est possible de saisir les délégués du Défenseur des droits. Ces derniers pourront soit traiter la réclamation, soit orienter vers l'interlocuteur adapté soit encore transmettre le dossier au défenseur des droits.

Le Défenseur des droits peut également être saisi directement par courrier écrit ou électronique.

Le recours au Défenseur des droits et à ses délégués est gratuit.

Modalités de saisine du Défenseur des droits

- par Internet : https://formulaire.defenseurdesdroits.fr/code/afficher.php?ETAPE=accueil_2016
- par téléphone au 09 69 39 00 00
- par courrier (sans affranchissement) à l'adresse suivante :
Défenseur des droits
Libre réponse 71120
75342 Paris Cedex 07
- par l'intermédiaire d'un délégué local de l'institution : bénévoles, ses délégués s'engagent à accueillir les usagers du service public lors de permanences, au minimum deux demi-journées par semaine. Il existe au moins un délégué dans chaque département. Leurs coordonnées et horaires de permanences sont disponibles sur le site Internet du Défenseur des droits : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/saisir/deleques>

V.2 L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La loi du 4 mars 2002 a procédé à un aménagement novateur en matière d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, en créant, aux côtés des procédures de droit commun préexistantes, un dispositif d'indemnisation amiable avec de nouveaux organismes (Commissions de conciliation et d'indemnisation, Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, Commission nationale des accidents médicaux) et une profonde réforme de l'expertise médicale précontentieuse.

Le principe qui domine toujours est celui de la réparation intégrale des préjudices subis par la victime.

V.2.1 L'indemnisation transactionnelle des accidents médicaux

Avant d'enclencher une procédure d'indemnisation devant les commissions de conciliation et d'indemnisation ou devant les juridictions de droit commun, les victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ont la possibilité d'entrer en contact directement avec l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé, responsable de l'accident.



Tout professionnel de santé, individuellement, ainsi que tout établissement privé ou public contracte obligatoirement une assurance pour garantir les risques encourus par son activité (sauf l'AP-HP qui est son propre assureur).

La victime d'un accident médical ou ses ayants droit peuvent, à tout moment, solliciter, auprès de cette assurance, une indemnisation des préjudices subis du fait de l'accident.

Après avoir procédé à une expertise médicale, l'assureur peut alors adresser à la victime ou à ses ayants droit une offre d'indemnisation visant à la réparation des préjudices. Cette offre indique l'évaluation retenue pour chaque poste de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit. L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime.

Attention !

Si la victime accepte l'offre de l'assureur, la transaction aura pour effet d'éteindre le litige : aucune procédure ultérieure ne pourra être envisagée pour la réparation de ce même préjudice.

Il est donc indispensable d'examiner avec attention l'indemnisation proposée par l'assureur et de se faire accompagner par un médecin conseil et/ou par un avocat spécialisé pour être certain que l'offre est adaptée aux préjudices subis. Si l'assureur estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne ou de l'établissement qu'il assure, il ne proposera aucune offre d'indemnisation et la victime pourra engager, si elle le souhaite, la responsabilité de l'auteur de l'accident, en saisissant la Commission de conciliation et d'indemnisation ou les juridictions de droit commun (*cf. infra*).

Il est important de préciser que la demande transactionnelle auprès du professionnel de santé n'est pas un préalable obligatoire à la saisine des différentes instances de règlement du litige, sauf pour la saisine du tribunal administratif à l'encontre d'un établissement public.

V.2.2. Le dispositif d'indemnisation amiable

V.2.2.1. Les organismes

V.2.2.1.1. Les commissions de conciliation et d'indemnisation

Rôle des commissions

Dans chaque région, une commission de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que de tout autre litige entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé, organismes ou producteurs de produits de santé.

Cette commission a donc une double fonction : une fonction d'indemnisation et une fonction de médiation, de conciliation.

Cette procédure amiable d'indemnisation n'est réservée qu'aux préjudices graves. Pour les accidents ne présentant pas de caractère de gravité, la commission régionale peut simplement jouer un rôle de conciliation, ce qui n'interdit pas, par ailleurs, aux victimes de saisir les juridictions de droit commun.

La saisine de la commission n'est pas un préalable obligatoire de la procédure contentieuse.

Cf. infra VI.2.2.2.

Composition de la commission

Outre son président qui est un magistrat, chaque commission comprend :

- trois représentants des usagers proposés par les associations agréées des usagers du système de santé ;
- un représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
- un praticien hospitalier désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
- un responsable d'établissement public de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives au plan régional ;
- deux responsables d'établissements de santé privés désignés par les organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan régional, dont un représentant des organisations d'hospitalisation privée à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- le directeur ou son représentant de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (*cf. infra*) et un représentant des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale ;
- deux personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.

Deux suppléants, qui ne participent aux délibérations qu'en absence du titulaire, sont nommés pour chacun des membres de la commission. Les membres sont nommés pour une période d'une durée de trois ans renouvelables.

La CCI ne peut délibérer qu'en présence d'au moins cinq de ses membres. Dans le cas contraire, une nouvelle séance se tient, sans obligation de quorum, au terme d'un délai de quinze jours. Les avis de la commission sont adoptés à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Mission de conciliation

Depuis l'entrée en fonction effective des commissions régionales, la fonction de conciliation reste méconnue. Si les CCI ont pour première mission de réparer les conséquences des risques sanitaires, leur fonction de conciliation n'en demeure pas moins primordiale. La mission de conciliation ne saurait se limiter à des cas de médiation financière pour des dossiers déclarés irrecevables ou rejetés.

L'article L114-4 du CSP dispose que : « La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L1142-5 du CSP réunie en formation de conciliation peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ».

Ainsi, la CCI peut être saisie par :

- un usager s'estimant victime de la violation d'un de ses droits (respect de la dignité, de sa vie privée, du secret des informations, information sur son état de santé, accès au dossier médical, etc.) ;
- une association ou une personne estimant que les droits des usagers du système de santé n'ont pas été respectés (représentation par les seules associations agréées, droit à la formation, fonctionnement de la commission des usagers de l'établissement, etc.).

V.2.2.1.2. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

Établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, l'ONIAM est en charge de l'indemnisation des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale au titre de la solidarité nationale.

Depuis sa création par la loi du 4 mars 2002, en plus de son rôle d'indemnisateur des victimes d'accidents médicaux (cf. *infra* V.2.2.2), de nouvelles missions ont été confiées à l'ONIAM. Ainsi, il est désormais en charge de l'indemnisation directe des victimes :

- de vaccinations obligatoires (articles L3111-4 à L3111-9 et L3112-1 du Code de la Santé publique) ;
- contaminées lors d'une transfusion sanguine ou par l'injection d'un médicament dérivé du sang par le VIH (art. L3122-1 à L3122-6 du CSP), le VHC, le VHB ou le virus T-lymphotropique humain (art. L1221-14 du CSP) ;
- des traitements par l'hormone de croissance extractive (art. L1422-22 al. 4 du CSP) ;
- du traitement de radiothérapie, suivi au Centre hospitalier Jean Monnet d'Épinal ;
- d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave (L3131-1 à L3131-4 du Code de la Santé publique) ;
- du Benfluorex (art. L1142-24-1 à L1142-24-8) ;
- de valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés pendant une grossesse (art. L1142-24-9 à L1142-24-18 du CSP).

■ **Pour en savoir plus sur certains de ces dispositifs d'indemnisation spécifiques, consulter les fiches Santé Info Droits Pratique :**

- **A.8.2 : L'indemnisation par l'ONIAM des victimes de contamination au virus de l'hépatite C par transfusion de produits sanguins ou d'injections de médicaments dérivés du sang**
- **A.8.3 : L'indemnisation des victimes du Benfluorex (Mediator) devant l'ONIAM**

Est également rattaché à l'ONIAM, l'Observatoire des risques médicaux, mis en place par la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 et chargé de centraliser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation, qui doivent lui être communiquées, notamment par les assureurs des professionnels et organismes de santé.

V.2.2.1.3. La Commission nationale des accidents médicaux

Placée auprès des ministres chargés de la Justice et de la Santé, composée de professionnels de santé, de représentants des usagers et de personnes qualifiées, cette commission prononce l'inscription des experts sur une liste nationale des experts en accidents médicaux après avoir procédé à une évaluation de leurs connaissances. Elle est chargée d'assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale.

Elle est également chargée d'établir des recommandations sur la conduite des expertises, de veiller à une application homogène des procédures d'indemnisation des accidents médicaux, mise en place par la loi du 4 mars 2002, et d'évaluer l'ensemble du dispositif dans le cadre d'un rapport remis chaque année au Gouvernement et au Parlement sur la base, notamment, des rapports transmis par les CCI.

Attention ! La commission nationale n'est pas une instance d'appel des décisions des CCI ou de l'ONIAM.

V.2.2.2 La procédure d'indemnisation par les CCI

Conditions d'accès au dispositif d'indemnisation

Les victimes ont accès à cette procédure d'indemnisation sous deux conditions principales :

- la date de réalisation de l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit être postérieure au 4 septembre 2001 ;
- le dommage doit être supérieur à un seuil de gravité. Les critères de gravité prévus par les articles L1142-1 à L1142-3 et D1142-1 à D1142-3 du Code de la Santé publique sont les suivants :
 - soit un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure (APIPP, ex-IPP) à 24 % ;
 - soit une durée d'arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP, ex-ITT) supérieure à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période d'un an ;
 - soit la personne est déclarée définitivement inapte à exercer son activité professionnelle (celle exercée avant l'accident) ;
 - soit un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %. Le déficit fonctionnel temporaire permet d'indemniser les dommages subis par des personnes n'ayant pas d'activité professionnelle. On supprime ainsi le caractère inégalitaire des critères de recevabilité des demandes d'indemnisation ;
 - soit l'accident occasionne des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

Si ces conditions ne sont pas réunies, la CCI se déclarera incompétente. Dans ce cas, elle pourra simplement jouer le rôle de conciliation mais les victimes peuvent agir suivant les procédures de droit commun (cf. *infra* au V-3).

Afin d'apprécier si les dommages subis atteignent le seuil de gravité, la commission peut soumettre le dossier à un expert, les parties concernées étant informées de l'identité et des titres du ou des experts.

Saisine de la commission

« La commission régionale peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal. Elle peut également être saisie par les

ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins » (article L1142-7 du Code de la Santé publique).

La demande doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception ou déposée auprès du secrétariat contre récépissé à la commission dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins en cause. Le formulaire de saisine, établi par l'ONIAM, est disponible sur le site Internet suivant : www.oniam.fr

La demande doit être accompagnée de certaines pièces justificatives, notamment un certificat médical attestant l'ampleur précise des dommages dont le demandeur a été ou s'estime victime ainsi que la copie de son dossier médical.

Lors de la saisine, la personne doit informer la CCI des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Inversement, si une action en justice est intentée, la personne doit informer le juge (administratif ou judiciaire) de la saisine de la commission. Cette situation suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure.

La commission accuse réception du dossier et, le cas échéant, demande les pièces manquantes. Dès réception de la demande initiale, la commission informe, par lettre recommandée avec accusé de réception, le professionnel, l'établissement, le centre, l'organisme de santé ou le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé, de la mise en cause de sa responsabilité par le demandeur. La partie mise en cause indique sans délai à la commission le nom de l'assureur qui garantit sa responsabilité civile, au moment de la demande d'indemnisation ainsi qu'à l'époque des faits incriminés.

Procédure

La CCI doit émettre un avis dans un délai de six mois à compter de sa saisine. Lorsque la commission estime que les dommages subis atteignent le seuil de gravité, les parties concernées ainsi que les assureurs des parties mises en cause sont informés (par lettre recommandée) de la date à laquelle la commission se réunit en vue de rendre son avis. Le rapport d'expertise leur est transmis avant la réunion de la commission.

Les parties sont entendues sur leur demande ou à la demande de la commission. Elles peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix.

L'avis de la commission précise pour chaque chef de préjudice - incapacité permanente partielle, préjudices économiques tels que préjudice professionnel, frais médicaux, préjudices extra-patrimoniaux tels que le préjudice lié à la douleur, le préjudice d'agrément et esthétique - les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que son appréciation sur les responsabilités encourues.

L'avis est adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au demandeur, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux ainsi qu'au professionnel, à l'établissement, au centre, à l'organisme de santé ou au producteur, à l'exploitant ou au distributeur de produits de santé dont la responsabilité a été engagée par le demandeur et à son assureur.

En cas d'aggravation de l'état de la personne nécessitant une nouvelle évaluation des dommages, une nouvelle expertise peut être diligentée, soit à l'initiative de la commission, soit à la requête de la personne, afin qu'une nouvelle offre d'indemnisation puisse être proposée.

Indemnisation par l'assureur du responsable

Si la responsabilité d'un professionnel de santé est engagée soit pour faute médicale soit sans faute (infections nosocomiales, produits défectueux), l'assurance obligatoire de ce professionnel doit jouer son rôle de garantie.

L'assureur adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis de la CCI, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.

Cette offre doit indiquer l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit. L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de santé de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

L'assureur qui fait une offre à la victime est tenu de rembourser à l'office les frais d'expertise que celle-ci a supportés.

L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction et le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime. Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit des intérêts au double du taux légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif ou, le cas échéant, du jugement devenu définitif.

Si l'assureur qui a transigé avec la victime estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne qu'il assure, il dispose d'une action subrogatoire soit contre le tiers responsable, soit contre l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux.

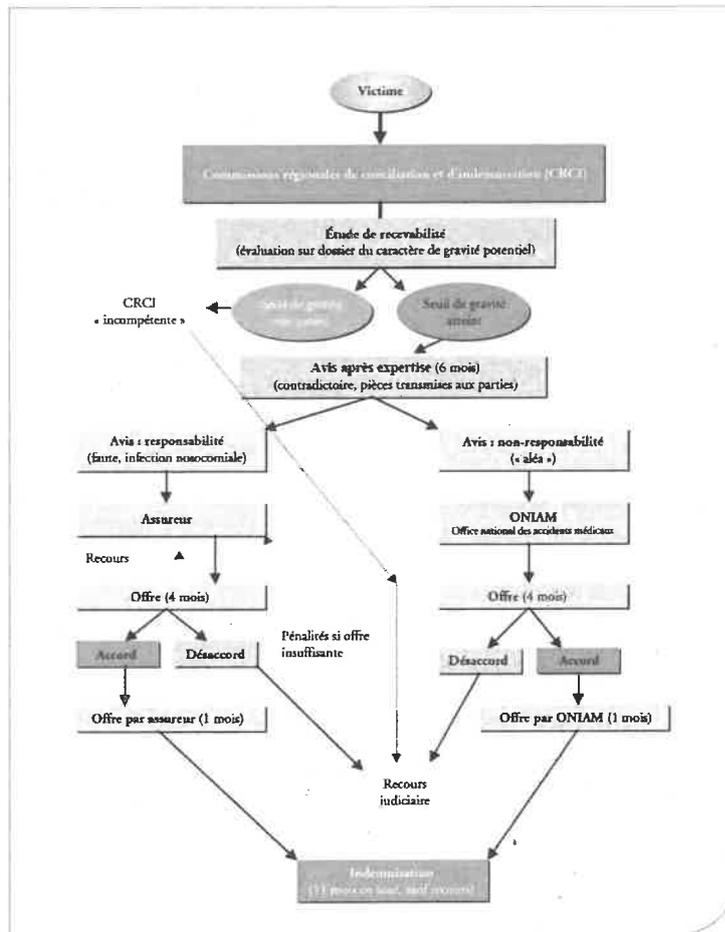
Si la victime refuse l'offre de l'assureur, elle peut saisir le juge compétent qui, s'il estime que cette offre est manifestement insuffisante, pourra condamner l'assureur à verser à la victime une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue, sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime. Voir schéma ci-après.

Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

L'Office national intervient soit comme substitut de l'assureur soit pour indemniser l'aléa thérapeutique.

Comme substitut de l'assureur en cas de responsabilité

Après un avis de la CCI favorable à l'indemnisation, lorsqu'à l'issue du délai de quatre mois dont il dispose, l'assureur n'a pas fait d'offre d'indemnisation, la victime ou ses ayants droit peuvent adresser à l'ONIAM, par lettre recommandée avec accusé de réception, une demande aux fins d'obtenir une indemnisation de sa part.



Il en va de même lorsque, alors que la commission estime qu'un dommage est imputable à plusieurs responsables, les assureurs de ces derniers n'ont pas fait d'offre conjointe à l'issue des quatre mois dont ils disposent pour ce faire.

Dans ces deux cas, l'ONIAM est substitué à l'assureur et a un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande faite par la victime ou ses ayants droit, pour verser l'indemnisation.

Lorsque la personne considérée par la commission comme responsable des dommages n'est pas assurée, le délai court à compter de la date de réception par l'office de l'avis de la commission.

Au titre de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique

Rappelons que l'aléa thérapeutique est la conséquence anormale d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, sans faute du praticien ni lien avec l'état de santé initial de la victime.

L'Office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. L'acceptation de l'offre de l'Office vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code civil.

Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'office de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

Si l'Office qui a transigé avec la victime estime que la responsabilité d'un professionnel, établissement, service, organisme ou producteur de produits de santé est en cause, il dispose d'une action subrogatoire contre celui-ci.

La victime, ou ses ayants droit, dispose du droit d'action en justice contre l'office si aucune offre ne lui a été présentée ou si elle n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Ce recours s'exerce devant le tribunal administratif, l'ONIAM étant un établissement public à caractère administratif.

■ Sur la procédure devant les CCI, ne pas hésiter à se reporter au *Guide du représentant des usagers en CCI* et à la *fiche Santé Info Droits Pratique A.8.1*

V.2.3 La voie juridictionnelle de réparation d'un préjudice corporel lié aux soins

Avant de s'orienter vers la voie juridictionnelle (ou contentieuse), plusieurs questions préalables doivent être réglées :

- la compétence de la juridiction;
- la prescription de l'action ;
- l'assistance éventuelle d'un avocat ;
- le référé (procédure d'urgence) ;
- la demande préalable devant le tribunal administratif.

V.2.3.1 La compétence

La compétence recouvre deux interrogations : la compétence liée au type de juridiction saisie et au lieu géographique où est située cette juridiction.

Quel type de juridiction saisir ?

L'établissement dans lequel le dommage s'est produit peut être géré par une personne morale de droit public ou de droit privé (hôpital public ou hôpital/clinique privée).

Si l'établissement est un établissement public, il faudra alors saisir le tribunal administratif (TA).

Si l'établissement est un établissement privé, il faudra alors saisir le tribunal de grande instance (TGI). Il en va de même si l'auteur de l'accident médical est un professionnel de santé qui exerce en libéral.

L'indemnisation des préjudices résultant de recherches biomédicales relève également de la compétence exclusive du tribunal de grande instance (article L1126-7 du Code de la Santé publique).

Quel tribunal est compétent territorialement ?

Le tribunal compétent est celui dans lequel l'établissement a son siège social, où il est situé administrativement et où le professionnel exerce son activité.

Cependant, devant le juge pénal, c'est la juridiction du lieu où est survenue la commission de l'infraction qui est compétente.

Précaution : il suffit bien souvent de joindre le greffe (secrétariat) du tribunal que l'on envisage comme compétent pour être fixé sur ce point.

V.2.3.2 La prescription

La prescription correspond à la durée limite au cours de laquelle il est possible pour la victime d'intenter une action en réparation.

En matière d'accident médical, le délai de prescription est fixé à dix ans à compter de la consolidation du dommage qui correspond au moment à partir duquel les séquelles sont estimées stabilisées, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'amélioration à attendre.

Depuis la loi du 27 février 2017, la prescription de l'action publique, dans le cadre d'une procédure pénale, est de six ans à compter de la commission de l'infraction quand il s'agit d'un délit et de vingt ans lorsqu'il s'agit d'un crime.

V.2.3.3 L'assistance d'un avocat

Devant certaines juridictions, la victime doit obligatoirement se faire représenter par un avocat et ne peut engager une action seule.

Au civil, devant le tribunal d'instance, la victime n'est pas obligée de se présenter avec un avocat. En revanche, devant le tribunal de grande instance, lorsque les sommes en jeu dépassent 10 000 €, la victime doit se faire assister d'un avocat.

Au pénal, que ce soit pour une plainte simple, une plainte avec constitution de partie civile ou encore une citation directe devant le tribunal correctionnel, la victime - en principe - n'a pas besoin de prendre un avocat. Attention cependant, les règles de forme et de procédure sont d'une telle complexité qu'il est recommandé d'en prendre un.

Devant le tribunal administratif, la victime n'est pas obligée de prendre un avocat.

V.2.3.4 Le référé expertise ou provision

Avant d'engager un contentieux au fond (demander réparation des préjudices), il peut être opportun de demander la nomination d'un expert - pour évaluer s'il y a une faute et/ou pour estimer les préjudices - et, si la responsabilité apparaît bien établie, pour demander une provision (avance sur les sommes à percevoir).

Le plus souvent, ces demandes sont opérées au moyen de la procédure des référés qui existe devant les juridictions civiles comme devant les juridictions administratives, mais pas devant le juge pénal.

Il s'agit donc d'une procédure accélérée ayant pour objet d'obtenir la nomination d'un expert et/ou le versement d'une provision.

Devant le tribunal de grande instance, le référé ne peut être introduit que par un avocat au moyen d'une assignation qui sera délivrée par un huissier de justice.

Devant le tribunal administratif, il est recommandé de prendre un avocat car, il y a peu encore, la loi exigeait que cette juridiction soit aussi saisie du fond de l'affaire.

V.2.3.5 La règle de la décision préalable devant le tribunal administratif

Le tribunal administratif ne peut pas être saisi directement : la victime doit exercer son recours contre une décision administrative préalable qu'elle conteste, comme par exemple, le refus, par courrier, de l'établissement de réparer le dommage subi.

La procédure à suivre est donc celle-ci : il faut saisir l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception en rappelant les faits à l'origine du dommage, la faute éventuellement commise, les préjudices subis par la victime et en demandant ainsi réparation.

L'établissement dispose de deux mois pour répondre à compter de la date de réception de la lettre. S'il répond par un refus, la victime dispose alors d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de cette réponse pour saisir le tribunal. Le courrier de l'établissement public doit indiquer les délais et les voies de recours. À défaut de telles mentions, les délais pour saisir le tribunal ne sont pas opposables au demandeur.

Si l'établissement ne répond pas, il faut attendre deux mois à compter de la date de réception de la lettre de réclamation pour considérer qu'il s'agit d'un refus. À partir de cette date, la victime dispose de deux mois pour saisir le tribunal. Les demandeurs doivent donc être extrêmement vigilants sur le respect de ces différents délais.

Enfin, rappelons que la saisine de la commission d'indemnisation et de conciliation vient suspendre les délais de recours.

■ **Pour en savoir plus sur certains de ces dispositifs d'indemnisation spécifiques, consulter la fiche Santé Info Droits Pratique A.8 : Victimes d'accident médical, d'infection nosocomiale ou d'affection iatrogène : quelles démarches ?**

V.2.4 L'action de groupe

L'action de groupe en santé a été introduite dans notre droit par l'article 184 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et par le décret du 26 septembre 2016. Elle est aujourd'hui codifiée aux articles L1143-1 à L1143-3 du CSP et au sein du Code de procédure civile, aux articles 826-2 à 826-24.

Il s'agit d'une action en justice, intentée par une association agréée, qui permet à plusieurs personnes victimes d'un dommage corporel, du fait d'un même produit de santé, d'obtenir réparation de leur préjudice par les personnes responsables.

Grâce à une procédure unique, elle permet la mutualisation des moyens. En effet, la procédure initiale se fonde sur quelques cas

individuels des usagers placés dans une situation similaire et dont le dommage a pour cause commune le manquement d'un fournisseur d'un produit de santé ou d'un prestataire l'ayant utilisé. Cette première procédure aboutit ensuite à un jugement de responsabilité à l'encontre du fournisseur ou prestataire qui bénéficiera à l'ensemble des victimes de ce même manquement dès lors qu'elles auront adhéré au groupe selon les critères de rattachement définis par le jugement de responsabilité.

Cependant, la phase d'indemnisation des préjudices subis par les victimes reste individuelle.

En l'état de notre droit, l'action de groupe en santé est une avancée en ce sens que la publicité qu'elle prescrit permet potentiellement de faire connaître aux victimes leurs droits pour pouvoir ensuite se faire indemniser avec un coût de procédure partiellement réduit.

■ **Pour en savoir plus sur certains de ces dispositifs d'indemnisation spécifiques, consulter la fiche Santé Info Droits Pratique A.8.4 : L'action de groupe en santé**

6 LE DON D'ORGANES

Articles L1251-1 et L1231-1 à L1235-7 du Code de la Santé publique

Le don d'organes (cœur, foie, poumon, rein...) et de tissus (peau, os, tendons, cornée...) est surtout destiné à la greffe. En 2015, 5 746 organes ont été greffés et 54 659 personnes vivaient avec un greffon fonctionnel.

En France, dans le respect du principe impérieux de l'indisponibilité du corps humain, le don d'organes est un acte bénévole et gratuit.

Pour pouvoir bénéficier d'une greffe, il est nécessaire d'être inscrit par son médecin sur la liste nationale gérée par l'Agence de biomédecine. Des critères permettent d'établir des priorités parmi les receveurs ; c'est le cas de l'âge, de l'urgence vitale ou encore de la rareté du greffon nécessaire.

Pour être donneur vivant, il faut être âgé d'au moins 18 ans et justifier d'un lien de parenté ou d'un lien affectif stable avec le receveur. Informé par un comité d'experts des conséquences possibles, le donneur exprime par écrit son consentement et l'adresse soit au TGI soit à l'établissement de santé où est hospitalisé le receveur.

Le don est gratuit et tous les frais engendrés par l'acte sont pris en charge (frais médicaux, forfait hospitalier, perte de salaire, frais d'hébergement et de transport...).

Le donneur vivant ne peut pas faire l'objet d'une discrimination de la part d'un assureur, ni par un refus de contrat, ni par une surprime.

Toute personne décédée qui n'a pas exprimé son refus en s'inscrivant sur le Registre national automatisé des refus de prélèvement géré par l'Agence de biomédecine, est présumée consentir au prélèvement de ses organes. Le don est anonyme. Ce refus est révocable à tout moment.

Quand la mort est constatée, le médecin informe les proches du prélèvement envisagé. Depuis la loi du 26 janvier 2016, il n'a plus l'obligation de recueillir auprès des proches l'opposition éventuellement exprimée si elle n'a pas été enregistrée sur le Registre national des refus. Néanmoins, un proche peut faire valoir par témoignage écrit les circonstances précises de l'expression du refus exprimé.

Seuls les établissements de santé spécifiquement autorisés par l'Agence régionale de santé peuvent pratiquer des prélèvements d'organes, ceux-ci peuvent également importer et exporter des organes à des fins thérapeutiques.

■ **Pour en savoir plus, ne pas hésiter à se reporter à la fiche Santé Info Droits Pratique A.19 : Le prélèvement et don d'organes et de tissus : quels régimes juridiques ? ainsi qu'au site Internet grand public de l'Agence de biomédecine : www.dondorganes.fr**

Document 2 : Code civil (extraits)

Code civil

- [Livre Ier : Des personnes](#)
 - [Titre IX : De l'autorité parentale](#)
 - [Chapitre Ier : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant](#)

Article 371

L'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère.

Article 371-1

[Modifié par LOI n°2019-721 du 10 juillet 2019 - art. 1](#)

L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Article 371-2

[Modifié par LOI n°2019-1480 du 28 décembre 2019 - art. 8](#)

Chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant.

Cette obligation ne cesse de plein droit ni lorsque l'autorité parentale ou son exercice est retiré, ni lorsque l'enfant est majeur.

Article 371-3

[Création Loi n°70-459 du 4 juin 1970 - art. 1 \(\) JORF 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 19](#)

L'enfant ne peut, sans permission des père et mère, quitter la maison familiale et il ne peut en être retiré que dans les cas de nécessité que détermine la loi.

Section 1 : De l'exercice de l'autorité parentale

Paragraphe 1 : Principes généraux.

Article 372

[Modifié par LOI n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 6 \(V\)](#)

Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale. L'autorité parentale est exercée conjointement dans le cas prévu à l'article 342-11.

Toutefois, lorsque la filiation est établie à l'égard de l'un d'entre eux plus d'un an après la naissance d'un enfant dont la filiation est déjà établie à l'égard de l'autre, celui-ci reste seul investi de l'exercice de l'autorité parentale. Il en est de même lorsque la filiation est judiciairement déclarée à l'égard du second parent de l'enfant ou, dans le cas d'un établissement de la filiation dans les conditions prévues au chapitre V du titre VII du présent livre, lorsque la mention de la reconnaissance conjointe est apposée à la demande du procureur de la République.

L'autorité parentale pourra néanmoins être exercée en commun en cas de déclaration conjointe des père et mère adressée au directeur des services de greffe judiciaires du tribunal judiciaire ou sur décision du juge aux affaires familiales.

Article 373

[Modifié par Loi n°2002-305 du 4 mars 2002 - art. 5 \(\) JORF 5 mars 2002](#)

Est privé de l'exercice de l'autorité parentale le père ou la mère qui est hors d'état de manifester sa volonté, en raison de son incapacité, de son absence ou de toute autre cause.

Section 2 : De l'assistance éducative

Article 375

Modifié par [LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 28](#) et 30

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel.

Elles peuvent être ordonnées en même temps pour plusieurs enfants relevant de la même autorité parentale.

La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse excéder deux ans. La mesure peut être renouvelée par décision motivée.

Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement, ou tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans, au juge des enfants.

Document 3 : Code civil (extraits)

Titre XI : De la majorité et des majeurs protégés par la loi

Chapitre Ier : Des dispositions générales

Section 2 : Des dispositions communes aux majeurs protégés

Article 415

Modifié par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 7 () JORF 7 mars 2007

Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire selon les modalités prévues au présent titre.

Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne.

Elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Elle favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci.

Elle est un devoir des familles et de la collectivité publique.

- Chapitre II : Des mesures de protection juridique des majeurs
 - Section 4 : De la curatelle et de la tutelle

Sous-section 4 : Des effets de la curatelle et de la tutelle quant à la protection de la personne

Article 457-1

Modifié par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 7 () JORF 7 mars 2007

La personne protégée reçoit de la personne chargée de sa protection, selon des modalités adaptées à son état et sans préjudice des informations que les tiers sont tenus de lui dispenser en vertu de la loi, toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part.

Article 458

Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée.

Sont réputés strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant.

Article 459

Modifié par LOI n°2019-222 du 23 mars 2019 - art. 9 (V)

Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour

l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

Article 459-1

[Modifié par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 116](#)

L'application de la présente sous-section ne peut avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles prévoyant l'intervention d'un représentant légal.

Toutefois, lorsque la mesure a été confiée à une personne ou un service préposé d'un établissement de santé ou d'un établissement social ou médico-social dans les conditions prévues à [l'article 451](#), et que cette personne ou ce service doit soit prendre une décision nécessitant l'autorisation du juge ou du conseil de famille en application du troisième alinéa de l'article [459](#), soit accomplir au bénéfice de la personne protégée une diligence ou un acte pour lequel le code de la santé publique prévoit l'intervention du juge, ce dernier peut décider, s'il estime qu'il existe un conflit d'intérêts, d'en confier la charge au subrogé curateur ou au subrogé tuteur, s'il a été nommé, et à défaut à un curateur ou à un tuteur ad hoc.

Document 4 : Code de la santé publique (extraits)

Partie législative

- [Première partie : Protection générale de la santé](#)
 - [Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé](#)
 - [Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé](#)
 - [Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté /Section 1 : Principes généraux](#)

Article L1111-1-1

Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 88](#)

Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées.

Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé.

Article L1111-2

[Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 1](#)

I. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article [L. 1110-10](#), les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

II. - Les droits des mineurs mentionnés au présent article sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.

III. - L'information prévue au présent article est délivrée aux personnes majeures protégées au titre des dispositions du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.

Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément.

IV. - Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Article L1111-3

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217](#)

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Cette information est gratuite.

Article L1111-3-1

Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 94](#)

Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

Article L1111-3-2

Modifié par [Ordonnance n°2018-470 du 12 juin 2018 - art. 9](#)

I.-L'information est délivrée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les centres de santé :

1° Par affichage dans les lieux de réception des patients ;

2° Par devis préalable au-delà d'un certain montant.

S'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

II.-Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, le devis normalisé comprend de manière dissociée le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé et le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Le professionnel de santé remet par ailleurs au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, en se fondant le cas échéant sur les éléments fournis par un prestataire de services ou un fournisseur.

III.-Les informations mises en ligne par les établissements de santé en application du dernier alinéa du I peuvent être reprises sur le site internet de la Caisse nationale de l'assurance maladie et plus généralement par le service public mentionné à l'article [L. 1111-1](#).

Article L1111-3-3

Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217](#)

Les modalités particulières d'application de l'article [L. 113-3](#) du code de la consommation aux prestations de santé relevant de l'article [L. 1111-3](#), du I et du second alinéa du II de l'article [L. 1111-3-2](#) du présent code en ce qui concerne l'affichage, la présentation, les éléments obligatoires et le montant au-delà duquel un devis est établi ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux délivrés sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

Le devis normalisé prévu au premier alinéa du II de l'article L. 1111-3-2 est défini par un accord conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article [L. 310-1](#) du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. A défaut d'accord, un devis type est défini par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.

Article L1111-3-4

Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217](#)

Les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b, c et d de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale ne peuvent facturer au patient que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié ainsi que, le cas échéant, les frais prévus au 2° des articles [L. 162-22-1](#) et [L. 162-22-6](#) du même code correspondant aux exigences particulières qu'il a formulées.

Les professionnels de santé liés par l'une des conventions mentionnés à l'article [L. 162-14-1](#) dudit code et les services de santé liés par une convention avec un organisme national ou local assurant la gestion des prestations maladie et maternité des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne peuvent facturer que les frais correspondant à la prestation de soins assurée et ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins.

Article L1111-3-5

Modifié par [Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art. 17](#)

Les manquements aux obligations prévues aux articles [L. 1111-3](#), [L. 1111-3-2](#), [L. 1111-3-3](#) et [L. 1111-3-4](#) du présent code sont recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans les conditions définies à l'article [L. 511-7](#) du code de la consommation.

Ces manquements sont passibles d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. L'amende est prononcée dans les conditions prévues au chapitre II du titre II du livre V du code de la consommation.

Article L1111-3-6

Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 217](#)

Lors de sa prise en charge, le patient est informé par le professionnel de santé ou par l'établissement de santé, le service de santé, l'un des organismes mentionnés à l'article [L. 1142-1](#) ou toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins l'employant, que ce professionnel ou cette personne remplit les conditions légales d'exercice définies au présent code.

Le patient est également informé par ces mêmes professionnels ou personnes du respect de l'obligation d'assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée dans le cadre des activités prévues au même article [L. 1142-1](#).

Article L1111-4

[Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 2](#)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article [L. 1110-10](#).

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article [L. 1111-6](#), ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article [L. 1110-5-1](#) et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de

confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Le consentement, mentionné au quatrième alinéa, de la personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique s'il s'agit d'un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L1111-5

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7](#)

Par dérogation à l'[article 371-1](#) du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la [loi n° 99-641 du 27 juillet 1999](#) portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Article L1111-5-1

Créé par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7](#)

Par dérogation à l'[article 371-1](#) du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Article L1111-6

[Modifié par Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art.](#)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Article L1111-7

[Modifié par LOI n°2021-1017 du 2 août 2021 - art. 14](#)

[Modifié par LOI n°2020-1576 du 14 décembre 2020 - art. 58 \(V\)](#)

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par des maisons de naissance, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou

d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, la personne en charge de la mesure a accès à ces informations dans les mêmes conditions. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec assistance, la personne chargée de l'assistance peut accéder à ces informations avec le consentement exprès de la personne protégée.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques décidée en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou ordonnée en application de l'[article 706-135](#) du code de procédure pénale, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles [L. 1111-5](#) et [L. 1111-5-1](#), dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès au dossier médical de ce malade des ayants droit, du concubin, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du médecin prenant en charge une personne susceptible de faire l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques dans les conditions prévues au I de l'article L. 1130-4 s'effectue dans les conditions prévues aux deux derniers alinéas du V de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite.

Article L1111-8

Modifié par [Ordonnance n°2017-27 du 12 janvier 2017 - art. 1](#)

I.-Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement dans les conditions prévues au présent article.

L'hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou numérique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime.

La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat.

II.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I sur support numérique est titulaire d'un certificat de conformité. S'il conserve des données dans le cadre d'un service d'archivage électronique, il est soumis aux dispositions du III.

Ce certificat est délivré par des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou l'instance nationale d'accréditation d'un autre Etat membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n° [2008-776](#) du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

Les conditions de délivrance de ce certificat sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

III.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I est agréé par le ministre chargé de la culture pour la conservation de ces données sur support papier ou sur support numérique dans le cadre d'un service d'archivage électronique.

Les conditions d'agrément sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par les articles [L. 121-1](#), [L. 121-2](#) et [L. 122-1](#) du code des relations entre le public et l'administration, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

IV.-La nature des prestations d'hébergement mentionnées aux II et III, les rôles et responsabilités de l'hébergeur et des personnes physiques ou morales pour le compte desquelles les données de santé à caractère personnel sont conservées, ainsi que les stipulations devant figurer dans le contrat mentionné au I sont précisés par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.

V.-L'accès aux données ayant fait l'objet d'un hébergement s'effectue selon les modalités fixées dans le contrat dans le respect des articles [L. 1110-4](#) et [L. 1111-7](#).

Les hébergeurs ne peuvent utiliser les données qui leur sont confiées à d'autres fins que l'exécution de la prestation d'hébergement. Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données aux personnes qui les lui ont confiées, sans en garder de copie. Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreints au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article [226-13](#) du code pénal.

VII.-Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article [226-21](#) du code pénal.

Partie réglementaire

- [Quatrième partie : Professions de santé](#)
 - [Livre Ier : Professions médicales](#)
 - [Titre II : Organisation des professions médicales](#)
 - [Chapitre VII : Déontologie](#)
 - [Section 1 : Code de déontologie médicale](#)
 - [Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins.](#)

Article R4127-1

Modifié par [Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 1](#)

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à [l'article L. 4112-7](#) ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à [l'article R. 4127-88](#).

Conformément à [l'article L. 4122-1](#), l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

Article R4127-2

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article R4127-35

Modifié par [Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2](#)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article R4127-36

[Modifié par Décret n°2021-684 du 28 mai 2021 - art. 12](#)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à [l'article R. 4127-42](#).

Article R4127-42

Sous réserve des dispositions de [l'article L. 1111-5](#), un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Article R4127-45

Modifié par [Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2](#)

I. — Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

II. — A la demande du patient ou avec son consentement, le médecin transmet aux médecins qui participent à la prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Article R4127-46

Modifié par [Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2](#)

Lorsqu'un patient demande à avoir accès à son dossier médical par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci remplit cette mission en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuse en cas de conflit d'intérêts.

Document 5 :

Exposé des motifs du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 septembre 2001 (extrait))

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi s'inscrit dans le cadre de la politique suivie par le Gouvernement visant à démocratiser le fonctionnement du système de santé et à améliorer sa qualité. Il complète et conforte les réformes intervenues récemment dans ce domaine : renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, lutte contre les exclusions, couverture maladie universelle qui assure la gratuité des soins pour les personnes les plus démunies, droit des personnes malades d'accéder à des soins palliatifs.

La préparation de ce texte a été annoncée par le Premier ministre lors de la clôture des Etats généraux de la santé qui se sont déroulés de l'automne 1998 à fin juin 1999 et qui ont mobilisé un grand nombre de participants sur des questions de fond touchant la santé des citoyens et le fonctionnement du système de santé. Les quelque mille réunions qui ont été organisées dans ce cadre ont montré une forte demande du public, et notamment des associations de malades et d'usagers, en faveur d'une médecine plus humaine et d'une politique de santé plus complète et plus globale. C'est pour répondre à cette demande qu'un groupe de travail, présidé par M. Etienne CANIARD, a été formé sur la place des usagers dans le système de santé. Le rapport de ce groupe de travail, rendu en mars 2000, insiste sur la nécessité de donner une place à l'expression des usagers au niveau national, au niveau régional et dans les établissements de santé, de permettre aux usagers d'être partie prenante dans les orientations de la politique de santé et de favoriser le débat public et l'information des citoyens.

Les conclusions des Etats généraux de la santé et celles du rapport du groupe de travail, ainsi que les réflexions engagées par les pouvoirs publics sur d'autres aspects du fonctionnement du système de santé ont servi de base à la rédaction du présent projet de loi, qui répond aux attentes légitimes des malades et de la population, notamment en définissant les conditions d'un équilibre harmonieux des responsabilités entre les usagers, les professionnels, les institutions sanitaires et l'Etat. Ce texte a pour objectifs de développer la démocratie sanitaire (titre I^{er}), d'améliorer la qualité du système de santé (titre II) et de mieux réparer les risques sanitaires (titre III). Il a fait l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des représentants des usagers et des professionnels.

CHAPITRE II- Droits des usagers

Ce chapitre vise à tirer les conséquences de l'évolution de la relation entre malade et médecin dans notre société. Cette évolution est souhaitée tant par les malades et leurs associations que par les professionnels de santé eux-mêmes. La notion de patient au sens de personne passive soumise aux décisions médicales doit être dépassée. La relation repose davantage sur la responsabilité, faisant du malade un véritable acteur de sa santé, partenaire des professionnels. Une relation plus équilibrée doit s'établir entre le professionnel de santé et le malade.

Cette place nouvelle dévolue au malade nécessite qu'il soit bien informé afin de pouvoir se prendre en charge en pleine autonomie.

Il s'agit de donner à l'usager tous les moyens d'exprimer sa volonté afin qu'il puisse élaborer sa propre décision.

Article 6 (information des usagers du système de santé et expression de leur volonté)

L'article 6 du projet de loi modifie l'intitulé du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie

du code de la santé publique, désormais consacré à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté. Il y insère de nouveaux articles L. 1111-1 à L. 1111-6.

Le consentement libre et éclairé a pour condition nécessaire l'information : celle-ci est l'objet de **l'article L. 1111-1** nouveau.

Le droit à l'information est déjà prévu dans plusieurs textes traitant de situations spécifiques, par exemple s'agissant du prélèvement d'organes, des recherches biomédicales ou des obligations d'information applicables aux praticiens hospitaliers. Dans le code de déontologie médicale, le principe est affirmé en tant que devoir du médecin. Mais le droit à l'information relève d'un principe général qui se doit d'être consacré dans le code de la santé publique.

L'article prévoit donc tout d'abord un droit général pour toute personne à être informée par les professionnels de santé sur son état de santé et aussi sur les soins qui lui sont proposés, sur leurs conséquences et les risques éventuels qu'ils comportent mais également sur les solutions alternatives et sur les conséquences éventuelles d'un refus de sa part.

L'objectif est de lui permettre de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation et à éclairer sa prise de décision, afin qu'elle soit en mesure de consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et traitements envisagés à son égard.

L'obligation d'information est également prescrite lorsque les risques liés à des actes de soins ou de préventions sont identifiés postérieurement à la réalisation de ces actes.

Parallèlement, le projet de loi préserve la volonté du malade de ne pas être informé : ce principe du droit de ne pas savoir, posé notamment dans la Convention européenne sur la biomédecine, est le corollaire du droit de savoir. Une exception est prévue lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission, par exemple infectieuse ou génétique : dans ce cas, il faut que le malade puisse exercer sa responsabilité vis-à-vis d'autrui.

Des dispositions spécifiques sont prévues pour les mineurs et majeurs sous tutelle qui, outre les dispositions légales relatives à l'autorité parentale ou à la tutelle, doivent recevoir une information adaptée.

Afin de guider les professionnels dans l'exercice de cette mission, des références professionnelles doivent être définies par l'ANAES.

Enfin le projet consacre la solution jurisprudentielle du problème de la charge de la preuve en précisant qu'elle incombe aux professionnels de santé ; cette preuve peut être apportée par tout moyen : il ne s'agit en aucun cas de systématiser la pratique consistant à remettre un document écrit, même si l'écrit peut, dans certaines circonstances, apporter au malade un complément utile aux informations délivrées dans le cadre du colloque singulier.

Le droit à l'information porte également sur les coûts occasionnés par les soins, qu'il s'agisse des frais incombant à la personne elle-même ou des modalités habituelles de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie : tel est l'objet de **l'article L. 1111-2** nouveau.

L'article L. 1111-3 nouveau concerne le consentement. Il vise, en renforçant le droit au consentement libre et éclairé, à lever les ambiguïtés qui ont pu marquer cette notion au cours de son histoire, en passant d'une acceptation passive par la personne malade d'une décision médicale à une véritable expression de sa volonté. Le consentement devient ainsi l'instrument privilégié de l'autonomie de la personne.

Des dispositions sur le consentement existent déjà dans des textes de nature différente : la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine consacre un chapitre entier au consentement ; le code de déontologie médicale lui fait une place privilégiée, mais il s'agit toutefois dans ce cadre davantage d'un devoir du médecin que d'un droit du malade ; la charte du patient hospitalisé rappelle

également l'importance de ce principe. La loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales en a fait une pierre angulaire de son dispositif. Une des lois de bioéthique du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain a introduit dans le code civil l'obligation de recueillir le consentement de la personne préalablement à toute intervention thérapeutique. Les conséquences de ce principe du consentement sont ensuite tirées dans l'ensemble des dispositions du code de la santé publique relatives à la bioéthique (assistance médicale à la procréation, don d'organe, médecine prédictive...).

Le texte consacre sur un plan général l'évolution précitée des relations entre malade et médecin en posant le principe que la personne prend les décisions concernant sa santé, compte tenu des informations que lui donnent les professionnels de santé et des choix qu'ils préconisent.

Il fixe les éléments de la notion de consentement éclairé comme manifestation de la volonté et de la responsabilité de la personne.

Le droit de refuser des soins fait l'objet de précisions, notamment sur l'obligation faite au médecin d'informer le malade des conséquences de son choix qui doit en tout état de cause être respecté.

Le souci de privilégier dans toute la mesure du possible la recherche du consentement inspire également la disposition du projet, proche de celle existant dans le code de déontologie médicale, subordonnant toute intervention ou investigation devant être effectuée sur une personne se trouvant dans l'incapacité de s'exprimer à la consultation d'un tiers susceptible d'éclairer l'équipe médicale sur la volonté du malade : personne de confiance (instituée par **l'article L. 1111-5**), famille ou membre de l'entourage direct. Seule l'urgence ou l'impossibilité de joindre ces tiers peut justifier que cette obligation ne soit pas respectée.

Sans préjudice des règles habituelles relatives à l'autorité parentale et à la représentation légale, des dispositions spécifiques sont également prévues pour les mineurs et les majeurs sous tutelle afin de sauvegarder, de façon adaptée à leur situation, leur droit de participer aux décisions les concernant. Il s'agit de l'application de principes généraux exprimés notamment par la Convention de New York sur les droits de l'enfant.

Enfin, cet article précise que l'examen de la personne dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement : cette exigence est l'application du respect de la dignité de la personne dans des situations où cette exigence de respect n'a pas toujours été suffisamment perçue. Il est également prévu qu'un tel enseignement, comportant l'examen de malades, intègre une information sur l'obligation de respecter les droits des malades.

L'article L. 1111-4 nouveau vise en premier lieu à apporter une réponse à certaines situations rares mais qui peuvent entraîner des difficultés graves dans la prise en charge des adolescents. Aussi, par dérogation aux règles du code civil, lorsqu'un mineur désire garder le secret quant à sa santé à l'égard de ses parents, le médecin peut, après avoir tenté de le convaincre d'informer ses parents et de recueillir leur consentement, intervenir sans consentement parental pour sauvegarder la santé du mineur, c'est-à-dire en fait lorsque l'absence de soins risquerait d'entraîner des conséquences graves pour la santé du malade. Le consentement du mineur est bien sûr requis et l'accompagnement par une personne référente majeure est recherché.

Ce projet est également l'occasion de mettre en cohérence les dispositions relatives aux mineurs et celles de la loi relative à la couverture maladie universelle (CMU) concernant les mineurs de plus de seize ans. Ces derniers, lorsqu'ils sont en rupture avec leur famille, peuvent en effet bénéficier personnellement de la CMU et de la protection complémentaire en matière de santé. Dès lors qu'ils ont acquis leur totale autonomie au niveau de la prise en charge sociale, il convient de leur accorder l'autonomie en ce qui concerne le consentement.

L'article L. 1111-5 nouveau prend en compte les situations dans lesquelles la personne malade se trouve hors d'état d'exprimer son consentement. Afin de préserver son droit, le projet lui ouvre la possibilité de désigner au préalable une personne de confiance, habilitée à être informée et consultée dans une telle situation, et plus généralement, à l'accompagner dans son parcours au sein du système de santé. Il prévoit que lors d'une hospitalisation, la désignation de la personne de confiance est proposée au malade : elle pourrait s'effectuer lors des formalités d'admission.

L'article L. 1111-6 nouveau traite de l'accès de toute personne aux informations médicales détenues par des professionnels ou établissements de santé : il s'agit notamment du dossier médical. D'ores et déjà, des textes divers précisent les conditions de la communication aux personnes d'informations médicales les concernant, dans différentes circonstances : loi hospitalière (actuel article L. 1112-1 du code de la santé publique) s'agissant des dossiers médicaux dans les établissements de santé, loi « informatique et libertés » s'agissant des informations contenues dans des fichiers, règles d'accès aux documents administratifs s'agissant de documents détenus par des administrations publiques.

Tous ces textes ont en commun de prévoir que la communication à la personne intéressée des informations ou des documents à caractère médical la concernant se fait par l'intermédiaire d'un médecin désigné par elle.

Le droit d'accès direct est une des revendications fortes des malades et des usagers depuis un certain nombre d'années, exprimée notamment au cours des états généraux de la santé. Il s'agit de consacrer, de façon générale, un droit d'accès de la personne aux informations qui ont été recueillies et formalisées concernant sa santé : comptes rendus divers, résultats d'examen, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels. Ces informations peuvent prendre des formes diverses : documents de toute sorte, dossiers, fichiers informatiques. Le texte a une portée générale.

Le texte préserve toutefois la confidentialité des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers autres que les professionnels participant à la prise en charge du malade : les membres de la famille ou de l'entourage du malade, par exemple, peuvent avoir fait des confidences au médecin, qui sont couvertes par le secret médical.

Une fois supprimée la médiation obligatoire par un médecin, qui visait à protéger le malade contre les effets de la découverte brutale d'informations, qui peuvent être d'autant plus traumatisantes que leur technicité peut donner lieu à des interprétations erronées, il est apparu nécessaire de prévoir des modalités qui limitent ces risques, en particulier l'accompagnement par une tierce personne -recommandé mais, sauf exception, non imposé-. Une procédure particulière est prévue pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, qui nécessitent une protection spécifique.

De même, s'agissant des mineurs, il peut être opportun, dans certaines situations familiales difficiles qu'ait lieu, si le mineur le souhaite, la médiation par un médecin lorsque les titulaires de l'autorité parentale accèdent au dossier.

Document 6

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014.

PROJET DE LOI *relatif à la santé*,

Chapitre IV – Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Le chapitre IV du titre II vise à améliorer l'information de nos concitoyens sur les sujets de santé. L'amélioration de l'accès de tous les Français à l'information en santé est un outil puissant de réduction des inégalités ainsi qu'une exigence de démocratie sanitaire. C'est aussi le moyen d'aider nos concitoyens à mieux maîtriser les enjeux de leur prise en charge, pour qu'ils en deviennent des acteurs éclairés.

Article 21 : cet article prévoit la mise en œuvre d'un service public d'information en santé, dans le droit fil des réalisations récentes que sont la base de données publique sur le médicament ou la base de données publique Transparence-Santé, qui rend accessible l'ensemble des informations déclarées par les entreprises sur les liens d'intérêts qu'elles entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé.

Les inégalités d'accès à l'information sont déterminantes en matière de santé car elles influent directement sur les comportements à risque, les conduites addictives, l'orientation dans le système de santé et l'efficacité de la prise en charge médicale. Dans un contexte où le patient est de plus en plus acteur de sa propre prise en charge et où l'accès à l'information publique de santé est à la fois limité et inégalitaire, il est de la responsabilité de la puissance publique d'organiser un véritable service public d'information global sur la santé, de la prévention à l'orientation dans le système.

Le service public d'information en santé prendra la forme d'une plate-forme multimédia (web mobile, téléphonique...) facilement accessible et à jour. En offrant des informations relatives à l'orientation dans le système sanitaire et médico-social, il réduira la complexité du système de santé et contribuera à améliorer les prises en charge tout en soutenant les médecins traitants, sur qui reposent aujourd'hui les attentes considérables des patients en la matière. Il sera mis en place au niveau national et au niveau régional via les agences régionales de santé.

Article 22 : cet article propose l'expérimentation de dispositifs d'accompagnement des patients.

Le constat de l'insuffisante coordination des parcours de santé fait apparaître, en miroir, la nécessité de mieux accompagner le patient dans l'exercice ou la reconquête de son autonomie, en particulier lorsqu'il est affecté par la maladie chronique ou particulièrement exposé.

Ainsi que plusieurs initiatives associatives l'ont montré, l'accompagnement par des tiers aide les malades à faire face à la charge d'une maladie chronique ou évolutive. La loi introduit la possibilité d'expérimenter, par la voie de conventions signées entre l'agence régionale de santé (ARS) et des acteurs volontaires (associations, collectivités locales, etc.) dans le cadre d'un cahier des charges arrêté au niveau national, des actions destinées à accompagner les patients par tous moyens et notamment en leur dispensant informations, conseils, soutien et formation.

Article 23 : cet article met en œuvre un dispositif d'information du patient sur les coûts de son hospitalisation.

Le montant total des frais engendrés par sa prise en charge en établissement de santé, incluant le montant assumé par l'assurance-maladie obligatoire, le montant couvert par les organismes complémentaires et le reste à la charge du patient, est aujourd'hui souvent méconnu de ce dernier, faute d'une information claire délivrée par l'établissement, que ce soit pour les hospitalisations, dans le cas d'une consultation externe ou d'un passage aux urgences.

Cet article rend obligatoire, pour tout établissement de santé, la délivrance systématique au patient lors de sa sortie d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et hors soins, comportant en particulier toutes les prestations annexes et la répartition des parts obligatoires, complémentaires et particulières.

Il s'agit dans une visée pédagogique de favoriser une meilleure compréhension par le patient de l'engagement de la solidarité nationale par l'assurance-maladie obligatoire pour prendre en charge le coût de sa venue à l'hôpital.

Document 7

Cour Administrative d'Appel de Nantes, 21 février 2013

1. Considérant que Mme A..., née en 1956, a présenté à partir de 2003 une volumineuse hernie discale calcifiée entre les vertèbres dorsales 8 et 9, responsable d'une compression médullaire rendant l'intervention chirurgicale nécessaire ; qu'une exérèse de cette hernie a été tentée le 19 janvier 2004 par le docteur Lioret, praticien du centre hospitalier régional universitaire de Tours, qui, en raison des risques d'agression médullaire supplémentaire, a décidé de ne pas pousser plus avant la résection envisagée ; qu'à son réveil, Mme A... présentait une paraplégie complète des membres inférieurs qui a régressé partiellement après plusieurs mois de rééducation ; que la cure de la hernie a ensuite été réalisée le 3 décembre 2004 au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière à Paris ; que, malgré de longues périodes de rééducation, Mme A... reste atteinte d'un déficit moteur rendant nécessaire l'utilisation de cannes anglaises pour ses déplacements ; qu'estimant qu'une faute avait été commise lors de l'intervention du 19 janvier 2004, elle a saisi le tribunal administratif d'Orléans afin qu'il ordonne une expertise ; que le docteur Berthelot, désigné par une ordonnance du président de ce tribunal, a déposé son rapport le 9 juin 2008 ; qu'en raison des contradictions importantes existant entre ce rapport d'expertise et les conclusions du rapport du professeur Fischer mandaté par l'assureur de l'hôpital, le tribunal administratif d'Orléans, ne n'estimant pas en mesure de déterminer si une faute avait été commise par les praticiens du centre hospitalier régional universitaire de Tours a, par un jugement avant dire droit du 9 décembre 2010, ordonné une nouvelle expertise confiée à un collège d'experts, lequel a rendu son rapport le 26 mai 2011 ; que, par le jugement attaqué du 26 janvier 2012 dont Mme A... relève appel, le tribunal administratif d'Orléans a rejeté sa demande tendant à la condamnation du centre hospitalier régional universitaire de Tours à lui verser la somme globale de 689 584,53 euros en réparation des préjudices subis à la suite des fautes médicales dont elle aurait été victime lors de l'intervention du 19 janvier 2004 ; que la CPAM d'Eure-et-Loir demande pour sa part que le centre hospitalier régional universitaire de Tours soit condamné à lui verser la somme de 30 157,38 euros au titre des débours engagés pour son assurée Mme A..., et la somme de 997 euros au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion ;

Sur la responsabilité du centre hospitalier régional universitaire de Tours :

2. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : " I. -Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. " ;

3. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des conclusions unanimes du rapport d'expertise déposé en première instance le 26 mai 2011 par les trois experts désignés dans les conditions rappelées ci-dessus que Mme A... était atteinte d'une volumineuse hernie discale thoracique calcifiée dont les conséquences invalidantes s'étaient aggravées sévèrement depuis octobre 2003, et qu'une intervention chirurgicale était devenue nécessaire, qui a été pratiquée en urgence le 19 janvier 2004 ; que l'abstention thérapeutique aurait conduit à une aggravation inéluctable des troubles neurologiques dont souffrait Mme A..., et notamment à une paraplégie ; que les experts, à qui il avait été demandé de se prononcer sur le type de voie d'abord utilisée et sur la pertinence de ce choix, se sont accordés sur le fait que la voie d'abord postéro-latérale choisie par le docteur Lioret, neurochirurgien du centre hospitalier, pour pratiquer l'intervention du 19 janvier 2004 était l'une des deux voies conformes aux règles de l'art à la date de l'intervention pratiquée et qu'elle était utilisée par une majorité de neurochirurgiens ; que l'aggravation neurologique postopératoire

est une complication inhérente à ce type d'intervention, quelle que soit la voie d'abord choisie, dans des proportions de 5 à 13 % des cas, en fonction des types de hernies et des modes d'intervention ; que ce risque de complication est, en tout état de cause, inférieur au risque d'évolution naturelle paraplégique des compressions médullaires dont les hernies discales calcifiées du type de celle dont souffrait Mme A... sont la cause ; que si la voie d'abord thoracique est aujourd'hui privilégiée, celle-ci présente également un risque de traumatisme sur la moelle épinière ; qu'ainsi, le rapport d'expertise collégial conclut à l'absence de faute dans la prise en charge de Mme A... ; qu'enfin, la complication neurologique dont a été victime Mme A... après la tentative d'exérèse partielle de sa hernie discale le 19 janvier 2004 était, en tout état de cause, sans lien avec la réalisation ou non d'une artériographie médullaire avant l'intervention litigieuse ; que, dans ces conditions, c'est à juste titre que les premiers juges, dont la mention erronée d'une réalisation partielle de l'exérèse le 19 janvier 2004 et d'une artériographie médullaire effectuée le même jour n'a pas eu d'incidence sur l'appréciation des faits qu'ils ont portée, et qui n'ont pas omis de statuer sur la justification de la voie d'abord postéro latérale, ont estimé qu'aucun manquement fautif de nature à engager sa responsabilité n'était imputable au centre hospitalier régional universitaire de Tours ;

4. Considérant, en second lieu, qu'aux termes de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique : “ Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (...) En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. (...) “ ; qu'en application de ces dispositions il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé ; que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que toutefois, un manquement des médecins à leur obligation d'information n'engage la responsabilité de l'hôpital que dans la mesure où il a privé le patient de la possibilité de se soustraire au risque lié à l'intervention ; que lorsque le défaut d'information est constitué, il appartient au juge de rechercher si le patient a subi une perte de chance de se soustraire aux dommages qui se sont réalisés, au regard des risques inhérents à l'acte médical litigieux, des risques encourus par l'intéressé en cas de renonciation à cet acte ou des risques liés au choix d'une alternative thérapeutique ;

5. Considérant qu'il résulte du compte rendu rédigé par le docteur Lioret avant de pratiquer l'intervention en cause, dont les termes sont précisément repris dans le rapport remis par le collège d'experts désigné en dernier lieu, que la patiente a été longuement informée des modalités opératoires et des risques de majoration de ses signes neurologiques pouvant aller jusqu'à la paraplégie ainsi que du caractère hautement risqué de ce type d'intervention en terme de récupération neurologique ; qu'il résulte également du rapport d'expertise que, lors de la réunion qui s'est tenue le 29 avril 2011, Mme A... a indiqué avoir été bien informée sur les risques inhérents à sa hernie discale et sur les risques opératoires ; qu'au surplus, l'abstention thérapeutique aurait conduit à une aggravation inéluctable des signes neurologiques de cette hernie dont le volume, l'expression clinique et les risques évolutifs justifiaient une intervention en urgence compte tenu de l'accentuation des symptômes ; qu'il suit de là que l'existence d'un défaut d'information de nature à engager la responsabilité de l'établissement hospitalier n'est pas établie ; que, par suite, Mme A...

n'est pas davantage fondée à demander, à titre subsidiaire, à être indemnisée d'un préjudice autonome résultant du défaut d'information des risques neurologiques liés à l'intervention en cause ;

6. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que Mme A... n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, qui est suffisamment motivé, le tribunal administratif d'Orléans a rejeté sa demande ; que, par voie de conséquence, ses conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative doivent également être rejetées ;

Sur les conclusions présentées par la CPAM d'Eure-et-Loir :

7. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les conclusions présentées par la CPAM d'Eure-et-Loir tendant à la condamnation du centre hospitalier régional universitaire de Tours à lui rembourser les débours engagés pour son assurée et à lui verser une indemnité forfaitaire de gestion ne peuvent qu'être rejetées, de même que ses conclusions présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

DÉCIDE :

Article 1er : La requête de Mme A... et les conclusions de la CPAM d'Eure-et-Loir sont rejetées.

Article 2 : Le présent arrêt sera notifié à Mme B... A..., au centre hospitalier régional universitaire de Tours, à la CPAM d'Eure-et-Loir et à la Caisse des dépôts et consignations.

Document 8

Cour de cassation, 9 octobre 2001

Attendu qu'à partir du mois de juin 1974, M. Y..., médecin, a suivi la grossesse de Mme X... ; que, lors de la visite du 8e mois, le 16 décembre 1974, le praticien a suspecté une présentation par le siège et a prescrit une radiographie foetale qui a confirmé cette suspicion ; que, le samedi 11 janvier 1975, M. Y... a été appelé au domicile de Mme X... en raison de douleurs, cette dernière entrant à la clinique A... devenue clinique Z... le lendemain dimanche 12 janvier dans l'après-midi, où une sage-femme lui a donné les premiers soins, M. Y... examinant sa patiente vers 19 heures, c'est-à-dire peu avant la rupture de la poche des eaux, la naissance survenant vers 19 heures 30 ; qu'en raison de la présentation par le siège un relèvement des bras de l'enfant, prénommé Franck, s'est produit, et, lors des manoeuvres obstétricales, est survenue une dystocie de ses épaules entraînant une paralysie bilatérale du plexus brachial, dont M. Franck X... a conservé des séquelles au niveau du membre supérieur droit, son IPP après consolidation étant de 25 % ; qu'après sa majorité, ce dernier a engagé une action contre le médecin et la clinique en invoquant des griefs tirés des fautes commises lors de sa mise au monde et d'une absence d'information de sa mère quant aux risques inhérents à une présentation par le siège lorsque l'accouchement par voie basse était préféré à une césarienne ; que l'arrêt attaqué l'a débouté ;

Sur le moyen unique, pris en ses première et cinquième branches :

Vu l'article 455 du nouveau Code de procédure civile ;

Attendu que M. Y... a procédé à l'accouchement de Mme X... dans le lit de celle-ci, sur une bassine, lui-même et une sage-femme tenant chacun une jambe de la parturiente ; qu'eu égard à ces conditions de réalisation de l'accouchement, à propos desquelles le rapport d'expertise précisait que les manoeuvres réalisées sur la bassine pour traiter la dystocie " n'en ont certainement pas été facilitées ", M. Franck X... avait fait valoir dans ses conclusions qu'il existait à la clinique une " salle de travail " dotée d'une table d'accouchement et que les raisons de son absence d'utilisation pour un accouchement dangereux par le siège étaient restées inconnues ; qu'en ne répondant pas à ce moyen, la cour d'appel n'a pas satisfait aux exigences du texte susvisé ;

Et sur les deuxième, troisième et quatrième branches du moyen :

Vu les articles 1165 et 1382 du Code civil ;

Attendu que la cour d'appel a estimé que le grief de défaut d'information sur les risques, en cas de présentation par le siège, d'une césarienne et d'un accouchement par voie basse, ne pouvait être retenu dès lors que le médecin n'était pas en 1974 contractuellement tenu de donner des renseignements complets sur les complications afférentes aux investigations et soins proposés, et ce d'autant moins qu'en l'espèce le risque était exceptionnel ;

Attendu, cependant, qu'un médecin ne peut être dispensé de son devoir d'information vis-à-vis de son patient, qui trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, par le seul fait qu'un risque grave ne se réalise qu'exceptionnellement ; que la responsabilité consécutive à la transgression de cette obligation peut être recherchée, aussi bien par la mère que par son enfant, alors même qu'à l'époque des faits la jurisprudence admettait qu'un médecin ne commettait pas de faute s'il ne révélait pas à son patient des risques exceptionnels ; qu'en effet, l'interprétation jurisprudentielle d'une même norme à un moment donné ne peut être différente selon l'époque des faits considérés et nul ne peut se prévaloir d'un droit acquis à une jurisprudence figée ; d'où il suit qu'en statuant comme elle l'a fait, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :: CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 10 février 2000, entre les parties, par la cour d'appel de Lyon ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de Grenoble.

Document 9 : site internet de l'Agence régionale de santé de Bretagne

23 octobre 2018

Une Commission des usagers (CDU) est installée dans chaque établissement de santé afin de représenter les patients et leurs famille.

La CDU, anciennement CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), a pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades en associant les représentants des usagers.

L'ensemble des réclamations adressées aux établissements de santé par les usagers ainsi que les réponses apportées par les responsables d'établissements doivent être mises à la disposition des membres de la commission, selon les modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. La commission instaure les conditions favorables au règlement des litiges par le dialogue avec l'utilisateur et l'intervention de deux médiateurs médecin et non médecin.

La commission des usagers a pour nouvelles missions de :

- **PARTICIPER à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement** en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ;
- **ÊTRE ASSOCIÉE à l'organisation** des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement ;
- **SE SAISIR de tout sujet** portant sur la politique de qualité et de sécurité ;
- **FAIRE des propositions** et ÊTRE INFORMÉE des suites qui leur sont données ;
- **ÊTRE INFORMÉE des événements indésirables graves** et des actions menées par l'établissement pour y remédier ;
- **RECUEILLIR les observations** des associations de bénévoles dans l'établissement ;
- **PROPOSER un projet des usagers** exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles ayant passé une convention avec l'établissement.

La CDU est composée comme suit :

- **le représentant légal de l'établissement** ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- **un médiateur médecin et son suppléant**, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- **un médiateur non médecin et son suppléant**, désignés par le représentant légal de l'établissement ;
- **deux représentants des usagers et leurs suppléants**, mandatés par une association agréée et désignés par le directeur général de l'ARS (conformément au premier alinéa de l'article L. 1112-83 du code de la santé publique (CSP)).

La Présidence ou la vice-présidence de la CDU peut-être assurée par un représentant des usagers.

D'autres membres facultatifs peuvent également composer la commission en fonction du statut de l'établissement (établissements publics de santé autres que l'Assistance publique -hôpitaux de Paris) :

- Le Président de la commission médicale d'établissement ou les représentants qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission ;
- Un représentant de la commission du service de soins infirmiers et son suppléant, désignés par le directeur du service de soins infirmiers parmi les membres mentionnés au b de l'article R.714-62-2 ;
- Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;
- Un représentant du conseil d'administration et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

Les mandats sont de trois ans renouvelables.

Document 10 :

Dossier de presse « Label régional 2018 » « droits des usagers de la santé »

Dans la continuité des années précédentes, le Ministère de la santé a organisé le concours national "Droits des usagers de la santé" dans le but de valoriser et faire connaître les expériences exemplaires et les projets innovants menés en Bretagne sur cette thématique.

Le ministère des solidarités et de la santé a reconduit pour la 7ème année, du 20 au 24 novembre 2017, la semaine de la sécurité des patients. Cette campagne avait pour objectif de sensibiliser l'ensemble des publics sur les enjeux de la sécurité des soins et de favoriser le dialogue entre patients, usagers et professionnels de santé sur ces sujets.

En parallèle, la CSDU de la CRSA et l'ARS de Bretagne ont décidé, fort du succès des éditions précédentes, de renouveler en 2018 le dispositif de labellisation régionale ainsi que la participation au concours national organisé par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Le ministère a ainsi incité tous les établissements de santé de France à créer des événements, des outils, des échanges (...) sur leur structure pour favoriser ce dialogue. Il a mis à disposition sur son site internet quelques outils de communication et a ouvert un concours national à tous les acteurs de santé.

Le concours national et la labellisation régionale avaient pour objectif de faire connaître et distinguer des projets élaborés en partenariat entre usagers et soignants pour améliorer la sécurité des patients.

La Fondation AUB Santé, ayant pour activités la Maladie Rénale Chronique, l'Hospitalisation à Domicile, la Nutrition, le Service à Domicile et la Formation, a choisi au sein de sa Commission des Usagers (CDU) de valoriser, par sa participation au concours national et au label régional, l'ensemble des travaux réalisés autour du flyer « Je prépare la consultation avec mon médecin » pour les patients dialysés.

Ce projet s'est vu remettre le prix national de la semaine de la sécurité des patients 2017 au ministère de la santé le 21 novembre dernier, ainsi que le label régional en février 2018.

Ces jury ont été particulièrement sensibles à l'effectivité du partenariat usager-professionnels de santé, aux enjeux en termes de sécurité des patients et d'amélioration des prises en charge et à l'originalité de la méthodologie de réalisation du projet.

Ces prix sont une belle récompense pour un partenariat incontournable usagers-professionnels qui œuvre chaque jour au profit des patients.

« Favoriser l'échange d'information et la communication entre usagers et professionnels de santé »

A l'origine du projet, le souhait formulé par les patients dialysés à la Fondation AUB Santé a été de bénéficier d'informations complémentaires sur l'ensemble des méthodes de traitement et d'aborder, lors des consultations médicales, des sujets leur permettant de gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Afin de répondre à ce besoin, la Commission Des Usagers (CDU) en lien avec la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) s'est saisie de cet objectif d'améliorer, pour le patient, l'information donnée et reçue.

Les représentants des usagers souhaitent permettre aux patients d'aborder plus facilement en consultation leurs préoccupations liées à la maladie, et notamment les sujets sensibles. La CDU a formalisé cette idée en créant un flyer intitulé « Je prépare la consultation avec mon médecin ». La démarche de diffusion et d'accompagnement définie en CDU a été présentée en CME et les supports ont été distribués aux médecins et à tous les patients dialysés accompagnés par la Fondation AUB Santé.

Après un an d'utilisation du flyer, la CDU a souhaité mesurer si l'information médicale donnée en consultation est plus complète, plus compréhensible et plus adaptée aux besoins et attentes des patients. Les membres de la CDU ont ainsi créé un questionnaire à destination des patients dialysés adressé à leur domicile. L'évaluation des résultats permettra à la CDU et à la CME d'améliorer si nécessaire ces nouveaux supports d'échange et la démarche de consultation médecin/patient.

Document 11

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)

- TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE

Article 16

Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

« Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

« La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire. »

Document 12

Les Echos 17 octobre 2001

L'obligation d'information du médecin envers son patient

L'obligation d'information du médecin envers son patient

Dans un arrêt de principe rendu le 9 octobre 2001 (1), la Cour de cassation réaffirme avec force l'obligation pour le médecin d'informer son patient des risques graves présentés par une intervention, fussent-ils exceptionnels. Condamnant un praticien pour n'avoir pas donné, voici vingt-six ans, en 1974, les conseils qu'on exigerait de lui aujourd'hui mais qui n'étaient alors pas requis, la cour rappelle que sa jurisprudence ne peut être différente selon la date des faits soumis à son examen.

Il était acquis depuis de nombreuses années que les médecins n'étaient tenus de porter à la connaissance de leur patient que les risques normalement prévisibles, et non pas exceptionnels, présentés par un traitement ou une intervention. Mais la Cour de cassation a procédé à un revirement de jurisprudence en 1998 et a considéré qu'un médecin est tenu de donner au patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés, même si lesdits risques ne se réalisent qu'exceptionnellement (2) et même si l'intervention est médicalement nécessaire (3).

Dans l'arrêt qu'elle vient de rendre (4) la cour va plus loin et fonde le devoir d'information du médecin sur « *l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine* ».

En l'espèce, un homme, né en janvier 1975 et handicapé à 25 % après une naissance par le siège, reprochait au médecin accoucheur de ne pas avoir informé sa mère des risques, même exceptionnels, qu'elle prenait en n'accouchant pas par césarienne. Après avoir échoué devant la cour d'appel de Lyon, il a obtenu satisfaction devant la Cour de cassation, qui a considéré que « *la responsabilité du médecin pouvait être recherchée, aussi bien par la mère que par son enfant, alors même qu'à l'époque des faits, la jurisprudence admettait qu'un médecin ne commettait pas de faute s'il ne révélait pas à son patient des risques exceptionnels* ». La cour rappelle ainsi que l'unité de sa jurisprudence doit prévaloir, même si l'on peut penser que la sécurité juridique en est affectée.

Ce devoir d'information pèse sur tous les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, les jurisprudences civile et administrative étant harmonisées depuis deux arrêts rendus par le Conseil d'Etat (5). En revanche, si le patient doit être informé des risques graves, même exceptionnels, il n'a pas à l'être des risques bénins. En l'état actuel du droit, le médecin ne paraît pas non plus tenu d'informer les malades de l'existence d'autres alternatives thérapeutiques.

Trois autres limites ont été apportées à l'obligation d'information du médecin : l'urgence, l'impossibilité (fait, par exemple, de l'imprévisibilité des risques qui ne peuvent être anticipés) et le refus du patient d'être informé. En effet, le médecin « *n'est pas tenu de réussir à convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande* » (5). C'est à présent au médecin, et non au patient, de prouver qu'il a rempli son obligation d'information ; cette preuve peut toutefois être

rapportée par tous moyens.

En pratique, les juges tiennent compte de simples indices, d'un ensemble de présomptions et de témoignages (6), des circonstances dans lesquelles l'acte médical a été exécuté (si le patient a bénéficié d'un délai de réflexion ou s'il a consulté un autre médecin, par exemple), de l'attitude de la victime ou de sa famille avant l'intervention, voire même d'un écrit adressé par le médecin à l'un de ses confrères.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a tenu compte des enseignements dégagés par ces arrêts et a élaboré des recommandations destinées à aider le médecin à dispenser à chaque patient une information pertinente et de qualité.

Il y est précisé que l'information doit être hiérarchisée et reposer sur des données validées ; elle doit également présenter les bénéfices attendus des soins envisagés, avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale. Une information écrite ne doit constituer qu'un complément possible de l'information orale, qui doit être préférée car elle peut être adaptée au cas de chaque personne.

En pratique, la remise d'un document écrit et personnalisé semble néanmoins difficilement évitable, particulièrement lorsque le diagnostic est incertain ou que les risques associés au choix thérapeutique sont significatifs. Pour que le défaut d'information soit susceptible de donner lieu à indemnisation, encore faut-il que le préjudice soit certain et démontré. Or le risque présenté par une intervention chirurgicale doit être placé en regard du bénéfice à en attendre ; dès lors que le bienfait escompté est supérieur à l'inconvénient résultant du risque, le patient ne peut donc pas, faute de préjudice, demander réparation au chirurgien qui ne lui avait pas signalé le risque (7).

En juin 2000, il a été jugé que le défaut d'information doit, pour engager la responsabilité du médecin, avoir eu une incidence sur le consentement du patient ; ce dernier doit donc établir _ ce qui n'était pas le cas en l'espèce _ que s'il avait été dûment informé, il aurait fait un choix différent (8). Lorsque le risque s'est réalisé sans que le médecin ait commis d'autre faute que de ne pas signaler les risques, les tribunaux font application de la théorie de la perte de chance pour évaluer le préjudice : pour obtenir des dommages et intérêts, le patient doit prouver que le défaut d'information lui a fait perdre une chance d'échapper à une atteinte à son intégrité physique.

Au vu de toutes ces décisions, la conclusion suivante peut être tirée : l'on va sans doute assister à une augmentation du nombre des actions en responsabilité intentées contre les médecins. Toutefois, les actions fondées sur le seul défaut d'information devraient se raréfier car les patients échoueront souvent à caractériser et à chiffrer la perte de chance, même si cela n'était pas le cas dans la décision du 9 octobre 2001. La preuve du défaut d'information viendra alors au soutien des actions engagées pour faute médicale ou opératoire.

ALINE CELEYRETTE (*)

Document 13 : Livret d'accueil des établissements de santé- guide d'élaboration

Élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées

Recommandations et propositions (Préface du guide édité par le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative)

Une bonne information est le moyen pour chacun d'exercer sa liberté, de faire des choix éclairés et d'écartier les peurs qui résultent de l'ignorance. Le principe d'un « livret d'accueil des personnes hospitalisées » a été retenu à cette fin: il doit permettre de fonder de bonnes relations entre la personne hospitalisée, le personnel et l'établissement, ce que ni la peur ni l'ignorance ne favorisent...

Le livret doit être remis au patient dès que son hospitalisation a été décidée.

Il est ainsi l'un des premiers gestes d'hospitalité. S'il est bien conçu, les patients vont y puiser de quoi comprendre leur séjour à l'hôpital et leurs droits; ils peuvent construire une relation confiante avec leurs divers interlocuteurs.

Compte tenu de l'enjeu, j'ai souhaité des recommandations pour que les établissements ne soient pas démunis face à la difficile élaboration du livret: toutes les étapes devaient en être déclinées - conception, rédaction*, diffusion, évaluation - et rassemblées en un guide.

J'ai enfin voulu annexer à ce guide des fiches relatives à quelques questions juridiques tout à la fois récentes et complexes (la « personne de confiance », les « directives anticipées », « l'accès au dossier médical », « les renseignements utiles en cas de plaintes »).

J'espère que les établissements les proposeront facilement en complément du livret d'accueil car elles rassemblent - sans coût de production pour eux - une information précise et lisible dont tout patient doit avoir accès en cas d'hospitalisation, en France.

Le livret d'accueil fait partie de la démarche qualité dans ce qu'elle a de plus concret:

ce guide n'a eu d'autre ambition que de faciliter la tâche des établissements et de leur permettre de produire un livret à la hauteur des aspirations légitimes des malades accueillis et de leurs proches.

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Vu le [code de la santé publique, et notamment son article L. 1112-2](#) ;

Vu la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès ;

Vu l'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès,

Arrête :

Article 1

En application de l'[article L. 1112-2 du code de la santé publique](#), dans chaque établissement de santé, un livret d'accueil est remis à toute personne hospitalisée prise en charge par l'établissement ou, le cas échéant, au proche de la personne hospitalisée.

Le livret a pour objet de présenter l'établissement de santé et de fournir des informations utiles à l'ensemble des personnes hospitalisées sur leurs conditions de prise en charge.

Des informations écrites, spécifiques, liées à la nature des activités de l'établissement, aux différents

modes de prise en charge ou à la typologie des patients sont données en complément, en tant que de besoin.

Le livret fait l'objet d'une mise à jour régulière.

Article 2

- Modifié par [Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 - art. 4 \(V\)](#)

Afin que les personnes hospitalisées puissent exercer leur libre choix, le livret d'accueil indique les conditions de mise à la disposition des personnes hospitalisées d'une information portant notamment sur la nature des activités des établissements.

Les indications contenues dans le livret d'accueil portent également sur :

I. — L'organisation générale de l'établissement et les formalités administratives.

Le livret d'accueil précise :

1. La situation géographique de l'établissement et les différents sites qui le composent, leurs voies et moyens d'accès ;
 2. Les coordonnées postales, téléphoniques et électroniques de l'établissement et, le cas échéant, celles des différents sites concernés ;
 3. Les moyens permettant à la personne hospitalisée d'être mise en relation avec les représentants des usagers ;
 4. Les associations de bénévoles ayant conclu une convention avec l'établissement et les moyens d'obtenir la liste et les coordonnées de ces associations ;
 5. Les moyens d'obtenir la liste et les coordonnées des représentants des différents cultes, dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier ;
 6. Les moyens permettant à la personne hospitalisée d'identifier les différentes catégories de professionnels ;
 7. Les moyens permettant aux familles et aux proches des personnes hospitalisées de connaître les conditions, notamment horaires, dans lesquelles ils peuvent être reçus par les médecins ainsi que les moyens permettant à la personne hospitalisée et à son entourage de connaître les horaires (des repas, de visite, d'accueil téléphonique...) ;
 8. Les principales formalités administratives d'admission et de sortie à accomplir ;
 9. Les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées des informations concernant le montant, la prise en charge et les règlements des frais de consultation, de séjour — y compris dans les cas de prestations pour exigences particulières de la personne hospitalisée — et de transports sanitaires.
- Les règles applicables aux activités exercées à titre libéral sont précisées dans les établissements publics de santé ;
10. Les principales dispositions relatives aux dépôts d'argent et de valeurs ;
 11. Les prestations hôtelières, les différents éléments de confort et services proposés à la personne hospitalisée et à ses proches ainsi que les modalités permettant de connaître leurs tarifs ;
 12. Les possibilités et conditions d'hébergement éventuellement proposées par l'établissement de santé aux proches de la personne hospitalisée ;
 13. Les missions et les moyens d'obtenir les coordonnées du service social, lorsqu'il existe ;
 14. L'information concernant la mise en place par l'établissement des modalités de sortie des

personnes hospitalisées, ainsi que les démarches à accomplir par celles-ci ou par leurs proches dans cette perspective ;

15. Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier, les informations concernant le dispositif d'accueil des personnes les plus démunies ;

16. Le cas échéant, les activités concernant l'enseignement scolaire.

II. — Les droits de la personne hospitalisée.

Le livret rappelle :

1. La mention, dans la charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire DHOS/ E1/ DGS/ DS1B/ SD1C/ SD4A/2006/90 du 2 mars 2006, des droits essentiels de la personne hospitalisée. Le livret précise que les principes généraux de la charte lui sont annexés, que le document intégral, en plusieurs langues et en braille, est accessible sur le site internet : www.sante.gouv.fr et qu'il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

2. Les principales règles du respect de la vie collective interne de l'établissement, y compris les règles et les recommandations concernant l'hygiène, le bruit et toute autre nuisance. Dans les établissements publics de santé, l'information porte également sur les conditions dans lesquelles la personne hospitalisée peut consulter le règlement intérieur.

3. Les règles d'accessibilité aux informations personnelles :

Le livret d'accueil comporte les indications concernant :

— les conditions d'accès aux informations de santé mentionnées à l'[article L. 1111-7 du code de la santé publique](#) et à l'[arrêté du 5 mars 2004](#), modifié par l'arrêté du 3 janvier 2007, susvisé ;

— la durée de conservation des dossiers médicaux et les modalités de cette conservation conformément à l'article R. 1112-9 du code susvisé ;

En application de l'[article R. 6113-7 du code de la santé publique](#), si ces informations ne figurent pas dans un autre document écrit remis à la personne hospitalisée, le livret d'accueil précise :

— que des données concernant la personne hospitalisée font l'objet d'un traitement automatisé dans les conditions fixées par la [loi du 6 janvier 1978](#) modifiée susvisée ;

— que ces données sont transmises au médecin responsable de l'information médicale de l'établissement par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle il a reçu des soins ou du praticien ayant constitué son dossier et sont protégées par le secret médical ;

— que le patient a le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives le concernant, dans les conditions fixées à l'[article 38 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée](#) ;

— que, selon les dispositions de ce dernier article, le droit d'opposition de la personne ne peut s'exercer que pour autant que le traitement de données nominatives mis en cause ne réponde pas à une obligation légale.

4. La possibilité de rédiger des directives anticipées au sens de l'[article R. 1111-17 du code de la santé publique](#) et de désigner une personne de confiance en application de l'[article L. 1111-6](#) du même code.

5. Les informations utiles en cas de plaintes ou réclamations :

— le livret d'accueil indique les moyens de prendre attache avec la personne remplissant la fonction de responsable des relations avec les usagers ou de la personne habilitée pour recueillir les expressions de mécontentement des personnes hospitalisées ;

— en application de l'[article R. 1112-84 du code de la santé publique](#), le livret d'accueil reproduit les [articles R. 1112-91 à R. 1112-94 du code de la santé publique](#) concernant l'examen des plaintes et réclamations et fournit toute précision relative à leurs modalités d'application au sein de l'établissement ;

— le livret d'accueil mentionne la liste nominative actualisée des membres de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Le livret indique les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information :

— sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification ;

— sur la satisfaction des usagers.

Document 14 : code de déontologie-commentaires ordre des médecins

11/10/2012

1 - Devoir d'information

Le devoir d'information du patient a toujours été reconnu et, à défaut du code, la jurisprudence de la Cour de Cassation l'avait formulé, admettant qu'il découlait, implicitement mais nécessairement, de l'obligation - posée désormais à l'article 36 suivant - d'obtenir du patient, préalablement à toute intervention ou traitement, son consentement. Celui-ci ne pouvait être donné que si le patient avait reçu sur son état et sur les soins envisagés une information : "*simple, approximative, intelligible et loyale*" lui permettant de prendre une décision en connaissance de cause.

En France, comme dans d'autres pays occidentaux, le premier reproche adressé aux médecins se résume par la formule : "Il ne m'a rien dit". Cela doit s'entendre souvent comme : "il ne m'a pas dit ce que j'attendais de lui" ou : "je n'ai pas compris ce qu'il m'a dit". Ce défaut d'information est la cause la plus fréquente des procédures engagées contre un médecin.

Cette demande du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information a été prise en compte par la jurisprudence de la Cour de Cassation, ces dernières années.

2 – Droit à l'information

L'importance de l'article L.1111-2 du code de la santé publique justifie que malgré sa longueur, il soit cité dans son intégralité :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

3 – Information loyale, claire et appropriée

Ces qualificatifs, repris par des décisions de la Cour de Cassation expriment la forme sous laquelle l'information doit être donnée

Claire, l'information donnée au patient doit lui être intelligible. Elle doit être simplifiée par rapport à un exposé spécialisé, évitant un langage trop technique et des détails superflus. Le praticien a souvent un rôle pédagogique (docteur vient du verbe latin *docere* qui signifie enseigner, instruire) qui suppose simplification, répétition, échange. Il peut être difficile de faire comprendre une situation complexe, il peut falloir la simplifier sans travestir la réalité, il faut s'assurer que le patient

saisit ce qu'on lui explique, lui laisser poser des questions complémentaires, lui proposer de reformuler ce qu'il a compris.

Appropriée (aux circonstances), cette information doit l'être suivant plusieurs facteurs :

- selon la maladie et son pronostic (un médecin n'informe pas dans les mêmes conditions pour une angine banale ou pour un cancer bronchique généralisé) ;
- selon le traitement corollaire : l'article 41 du code de déontologie médicale revient sur l'obligation du consentement en cas de mutilation envisagée, que ce soit une amputation anatomique (mastectomie) ou fonctionnelle (stérilité, impuissance) ; d'autres traitements moins importants peuvent entraîner des désagréments très mal ressentis par certains patients selon leur activité (endormissement au volant par exemple) ; quantité d'informations « mineures » sont quasi nécessaires pour la bonne marche du traitement, pour favoriser son observance, réduire sa toxicité, éviter des inquiétudes injustifiées (comme pour une coloration des urines par un médicament) – l'information s'impose pour les conséquences les plus sérieuses et les plus fréquentes mais ne se limite pas à elles ;
- selon le moment de l'évolution d'une maladie qui se prolonge : il y a des moments critiques, préoccupants, d'autres de rémission, de détente ; ces changements supposent une adaptation du patient, du médecin et de leur relation, en évitant des positions de principes figées qui se trouveraient à certains moments inadaptées, en porte-à-faux ;
- selon le patient, enfin et surtout. Des troubles mentaux liés à la maladie ou à l'âge ne doivent pas a priori constituer une raison de se taire. Pour chaque personne au contraire il faut parler et expliquer, en exploitant toutes les possibilités de compréhension du patient, possibilités qui se révèlent dans leur étendue et leurs limites au cours de l'exercice. L'article 42 précise ce point pour le mineur ou le majeur protégé.

Loyale est le mot-clé cité d'ailleurs en premier dans cet article 35. On ne ment pas à quelqu'un qui doit être respecté. Cette loyauté ne signifie pas une franchise brutale, crue, sans cœur. Mais toute dissimulation ou tout mensonge est exclu, sauf en fonction des restrictions que nous allons voir, dont l'application devrait devenir plus rare. L'intention de tromper ou dol, est une faute en droit général ; elle peut être la cause de nullité d'un contrat et source de responsabilité.

Ainsi définie, l'information doit permettre au patient de prendre la décision que semble imposer sa situation. Cette formulation laisse croire qu'une décision s'impose - en fonction de la situation pathologique et des données de la médecine établies et présentées par le praticien - et que le patient n'a plus qu'à l'accepter, l'information étant seulement destinée à obtenir son acquiescement conscient. C'est effectivement ce qui se passe dans la majorité des cas : le patient n'est pas soumis à une volonté aveugle ou à une décision mystérieuse, mais se voit expliquer les raisons d'une décision qu'impose au médecin l'état de la maladie. Cependant cette séquence logique peut connaître des exceptions :

Tout d'abord le patient peut refuser une décision pourtant logique et comme évidente. Les raisons de ce refus peuvent tenir à des options personnelles contestables ou à des troubles mentaux. Dans ce cas le médecin devra s'efforcer de convaincre le patient d'accepter les soins, tout en évitant d'exercer sur lui des pressions. D'autres influences, un peu de temps de réflexion sont favorables à une évolution qui amènera le patient à une attitude plus raisonnable. S'il persiste cependant dans son

refus et sauf urgence, son choix devra être respecté et la décision qui semblait s'imposer ne sera pas prise ou suivie d'effet.

Mais lorsque l'acte proposé est indispensable à la survie du patient et proportionné à son état, le médecin se doit d'agir en conscience pour tenter de le sauver.

Dans tous les cas, si la maladie est relativement sérieuse et prolongée, l'information ne doit pas être unique, condensée au début de la prise en charge médicale et considérée comme définitive. Au contraire, elle s'impose tout au long de cette prise en charge, renforcée à certains moments cruciaux. Ces échanges prennent du temps, mais ils contribuent à une relation de bonne qualité, dans une confiance partagée.

Une information de qualité est le préalable indispensable à un consentement éclairé. Loin d'être une vue de l'esprit, comme on en a parfois jugé, ce consentement est la pierre angulaire de la relation médecin-patient et de la pratique médicale. Il est la contrepartie logique du pouvoir exorbitant du droit commun qu'a le médecin de porter atteinte à l'intégrité d'un individu - par ses paroles, une exploration, un médicament, une intervention chirurgicale, etc. - pour le soigner.

L'information du patient revêt une nécessité toute particulière en milieu hospitalier où le patient est en contact avec toute une équipe soignante. L'article L.1112-1 du code de la santé publique, en rappelle le principe : "dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées" (voir note [3]) et les articles R.1112-1 et suivants du code de la santé publique en fixent les modalités.

L'obligation d'information entraîne des conséquences importantes dans le domaine de la *responsabilité médicale*.

La responsabilité du médecin est en effet engagée s'il n'a pas donné à son patient l'information nécessaire, le privant ainsi de la possibilité de faire un choix éclairé.

Jusqu'en 1997, une telle condamnation intervenait rarement car c'était au patient de faire la preuve que l'information nécessaire n'avait pas été apportée, preuve négative toujours difficile à apporter.

Un revirement de jurisprudence est intervenu avec l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 25 février 1997 (arrêt Hédreul, Civ. 1, n°94-19685) qui a renversé la charge de la preuve en matière d'information du patient.

Il doit notamment prouver que l'entretien individuel, conduit dans les conditions décrites plus haut, a eu lieu. Cette preuve peut résulter d'un faisceau d'éléments convergents. Si la mention sur le carnet de rendez-vous n'est pas à elle-seule suffisante puisqu'elle n'établit pas le contenu de l'information délivrée, l'inscription dans le dossier du patient, la lettre adressée au médecin traitant du patient à l'issue de la consultation rappelant succinctement les préconisations du médecin, leur rapport bénéfice/risques sont autant d'éléments permettant d'établir que le médecin a satisfait à son devoir d'information. La remise d'un document détaillant l'intervention et ses conséquences que le patient aura la possibilité de relire à loisir chez lui peut utilement compléter les explications orales données par le médecin.

Un certain nombre de médecins, notamment chirurgiens, ont cru pouvoir se prémunir en faisant signer à leur patient un document intitulé « document de consentement éclairé » dans lequel le

patient reconnaissait avoir reçu du médecin toute l'information souhaitée. Un tel document est dépourvu de valeur.

4 - Diagnostic ou pronostic graves

À ce devoir d'information du patient il est une exception : le respect de la volonté exprimée par la personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves.

Toutefois, cette exception ne peut s'appliquer lorsque des tiers sont exposés à un risque de contamination. Cette précision, inspirée du cas du sida, mais qui vaut pour d'autres affections contagieuses graves s'impose en raison de la responsabilité du patient comme des intérêts de santé publique. Quel que soit en effet le traumatisme qui peut résulter d'une telle révélation, on ne saurait la cacher au patient, en le laissant exposer ses proches ou ses relations à une regrettable contamination. Dès lors il est indispensable, et dans les meilleurs délais, de l'informer des risques qu'il fait encourir à son entourage et des précautions à prendre. Lorsqu'une anomalie génétique grave a été dépistée chez une personne qui a exprimé par écrit sa volonté d'être tenue dans l'ignorance du diagnostic, l'article L.1131-1 du code de la santé publique organise une procédure d'information des membres de la famille potentiellement concernés.

Ces informations pourront nécessiter plusieurs entretiens.

L'information des patients ne va pas de soi. Elle est exposée à de nombreuses difficultés et se heurte à de nombreux écueils.

Les progrès de la médecine font que certains diagnostics jadis désespérants ne sont plus aujourd'hui synonymes d'incurabilité. Il n'est plus question aujourd'hui de taire un diagnostic.

Mais il y a la façon de dire, qui compte beaucoup. Ou de laisser deviner. Une mauvaise nouvelle est en soi, source de détresse, détresse que l'on peut réduire au minimum en se montrant sensible et solidaire. Interviennent alors l'empathie et l'expérience du praticien, pour rendre service sans désespérer, pour rester proche de la vérité sans abandonner.

Les professionnels de santé doivent être formés à la gestion de ces situations d'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave où la communication est essentielle. L'acquisition des techniques nécessaires à cette fin devrait être généralisée au même titre que l'est la formation clinique .

Document 15 : Cour de cassation 26 septembre 2012

Sur le moyen unique, pris en sa troisième branche :

Vu l'article 1147 du code civil ;

Attendu que les professionnels de santé ne sont tenus d'informer leurs patients que sur les risques dont l'existence est connue au moment où cette information doit être délivrée ;

Attendu que, pour déclarer Mme X... responsable de la perte de chance de 80 % subie par Mme Y... de renoncer à la rachianesthésie à l'issue de laquelle elle avait conservé de graves séquelles neurologiques, dues à la toxicité du produit employé, l'arrêt attaqué énonce que celle-ci aurait dû bénéficier des informations sur les risques de cette technique sur la base des recommandations de la Société française d'anesthésie réanimation, telles que reprises par l'expert dans son rapport, notamment sur les risques de complication graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations, tous décrits comme extrêmement rares, et estime que si l'opération avait été nécessaire, elle aurait pu opter pour une anesthésie générale, qu'elle avait subie à plusieurs reprises par le passé ;

Qu'en statuant ainsi, quand elle avait relevé que, selon des constatations non contestées du rapport d'expertise, la neurotoxicité de la marcaïne, produit qui avait été utilisé pour la rachianesthésie, étant inconnue à la date de l'intervention, il n'était pas possible d'informer Mme Y... de cette complication, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences de ses constatations au regard du texte susvisé ;

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres griefs du pourvoi :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 26 mai 2011, entre les parties, par la cour d'appel de Douai ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel d'Amiens ;

Document 16 : Conseil d'État, section du contentieux, 5 janvier 2000 n° 198530

Considérant que M. G., qui souffrait de troubles du membre inférieur gauche en relation avec l'angiomatose héréditaire dont il était atteint depuis l'enfance, a subi les 6 et 10 octobre 1987 à l'hôpital Lariboisière deux interventions endovasculaires destinées à traiter des fistules artérioveineuses par occlusion, à la suite desquelles il s'est trouvé atteint d'une paraplégie des membres inférieurs ; que la cour administrative d'appel de Paris, statuant en appel sur le recours indemnitaire introduit par l'intéressé contre l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, a jugé que la responsabilité de cet établissement public était engagée à raison de la faute résultant de ce que le patient n'avait pas été informé que l'intervention qui lui était proposée comportait un risque connu de paraplégie, et a accordé à M. G. une indemnité de 200 000 F réparant sa perte d'une chance de refuser l'intervention et de se soustraire ainsi à l'accident qui était survenu ; que l'annulation de cet arrêt est demandée par l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS et, par la voie d'un pourvoi incident, par M. G. ;

Sur la responsabilité de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS :

Considérant que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli dans les règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que, si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation ; qu'ainsi, et alors même que l'absence d'intervention aurait présenté des risques, la cour administrative d'appel de Paris n'a pas commis d'erreur de droit en jugeant que le risque de paraplégie que comportait l'intervention proposée à M. G., quoiqu'exceptionnel, était connu, et qu'eu égard à sa gravité, les praticiens de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS étaient tenus d'en informer l'intéressé ;

Considérant qu'en se fondant, pour estimer que les praticiens avaient omis de fournir cette information, sur le fait que l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS n'établissait pas que l'intéressé avait été informé des risques de l'intervention, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit et a souverainement apprécié les faits de l'espèce ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS n'est pas fondée à demander l'annulation de l'arrêt attaqué en tant qu'il admet le principe de sa responsabilité ;

Sur la détermination du préjudice indemnisable :

Considérant que pour fixer l'indemnité due à M. G., la cour a estimé "qu'eu égard à l'évolution prévisible de la maladie dont M. G. souffrait depuis son enfance, au caractère très peu fréquent du risque encouru lors de l'intervention et à l'ensemble des préjudices physiques et des troubles dans les conditions d'existence subis par le requérant, il sera fait une juste appréciation de l'indemnisation résultant de la perte de chance en condamnant l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS à payer à M. G. la somme de 200 000 F" ; qu'en se fondant notamment, pour évaluer le préjudice résultant pour M. G. de la perte d'une chance de refuser l'intervention, sur les dommages physiques et les troubles dans les conditions d'existence subis par l'intéressé, sans se prononcer sur la nature et l'importance de ces dommages et de ces troubles et sans évaluer la fraction de ce dommage imputable à la perte de chance en procédant à un rapprochement entre, d'une part, les risques inhérents à l'intervention et, d'autre part, les risques encourus en cas de

renoncement à ce traitement, la cour n'a pas suffisamment motivé son arrêt ; qu'ainsi, M. G. est fondé à demander l'annulation de l'arrêt en tant qu'il fixe à 200 000 F le montant de l'indemnité mise à la charge de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS ; qu'il y a lieu de renvoyer l'affaire sur ce point à la cour administrative d'appel de Nantes ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de condamner l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS à verser à M. G. une somme de 10 000 F au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens ;

Article 1er : L'arrêt du 9 juin 1998 de la cour administrative d'appel de Paris est annulé en tant qu'il évalue le préjudice indemnisable de M. G.. L'affaire est renvoyée sur ce point devant la cour administrative d'appel de Nantes.

Article 2 : Le surplus des conclusions de la requête de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS est rejeté.

Article 3 : L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS versera 10 000 F à M. G. en application des dispositions de l'article 75-I de la loi du 10 juillet 1991.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS, à M. G., au président de la cour administrative d'appel de Nantes et au ministre de l'emploi et de la solidarité.

I. Les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

A- CONSTATS ET RETOURS D'EXPÉRIENCES

1- Des exemples de non-respect du secret médical pendant la crise sanitaire de la Covid-19

De nombreuses atteintes au secret médical ont été observées depuis le début de la crise. La CNS s'interroge sur le Décret du 20 février 2020¹², autorisant l'usage par les gendarmes d'une application de prise de notes, Gendnotes, dans le cadre de missions de prévention, d'investigations et d'interventions nécessaires à l'exercice de missions de polices judiciaire et administrative. Ils sont autorisés à y entrer des données à caractère personnel (santé, genre, orientation sexuelle, appartenance politique notamment), s'ils le jugent nécessaire et proportionné. Cette décision intervenait dans un contexte qui voyait la santé de plus en plus assujettie à l'impératif de sécurité et de santé publique.

La CNS a pu noter, par la contribution de l'Association des directeurs des services de santé universitaire (ADSSU), de nombreux manquements au respect du secret médical, notamment de la part du personnel universitaire ou des CROUS qui demandent, sous couvert du respect de l'impératif de sécurité, les résultats du test à la Covid-19. Cela est d'autant plus inquiétant qu'une partie des actions mises en place (par exemple, le partage de repas) concerne des étudiants, non pas malades mais à risques s'ils tombent malades (parce qu'ayant un traitement immunosuppresseur, par exemple). De plus, lors de contrôles des déplacements, le caractère médical de ces derniers a pu être commenté ou refusé par les forces de l'ordre, entraînant une verbalisation. Ces exemples sont rares et relèvent d'erreurs d'appréciations manifestes, mais leur existence est d'une extrême gravité : il n'appartient pas aux forces de sécurité de juger de la validité d'un motif médical, et l'Etat pourrait se voir reprocher la commission d'une faute morale lourde, qui porte atteinte à un principe fondamental de l'organisation de la santé en France.

La CNS, sur le fondement d'une contribution de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP), s'inquiète des dérives constatées concernant le respect des droits des patients-détenus. Sous couvert de maintenir le milieu pénitentiaire à l'abri de l'épidémie de SARS-CoV-2 et malgré l'alerte du Conseil national de l'Ordre des médecins

12- Décret n° 2020-151 du 20 février 2020 portant autorisation d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « application mobile de prise de notes » (GendNotes).
Cf.: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041615919/s>.

(CNOM) il a été demandé aux chefs d'établissement de transmettre des informations qui relèvent du secret médical aux directeurs inter-régionaux. De plus, les informations transmises comportent la liste nominative des patients placés en isolement pour suspicion de Covid, ceux testés et les résultats des tests. Il s'agit, alors, de s'interroger sur la nécessité de révéler l'identité des personnes prises en charge par les services médicaux.

En effet, si les unités sanitaires transmettent le nom des personnes isolées, c'est pour permettre la mise en place des dispositifs nécessaires à leur prise en charge (changement de cellule, surveillance, accès facilité aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)) mais aussi pour faciliter la recherche éventuelle des personnels pénitentiaires contacts. Depuis plus de 25 ans, l'APSEP suit cette procédure dans le cadre de la tuberculose et d'autres maladies contagieuses à déclaration obligatoire : les praticiens ont toujours été en mesure de mener les investigations nécessaires et de se mettre en relation avec les médecins de prévention.

Il nous semble légitime que les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) et la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) aient besoin de connaître le plus rapidement possible le nombre de cas suspects et confirmés, toutefois des données anonymisées seraient suffisantes à l'échelon régional ou national. De surcroît, l'APSEP¹³ a noté que l'identité des patients libérés figure dans ces tableaux, alors que leur prise en charge ne relève plus de l'administration pénitentiaire et ce, parfois depuis plusieurs semaines. Figure également dans cette liste le nom des patients guéris de retour en détention classique. Face à ces divulgations d'informations médicales, les professionnels de santé exerçant en prison ont exprimé leur refus légitime de transmettre ces informations. Ils exprimèrent également leurs craintes : que certains professionnels choqués choisissent de démissionner, laissant l'administration pénitentiaire seule face à cette crise, plutôt que répondre à des injonctions sans fondement scientifique et d'accepter la violation répétée du secret médical.

Dans les services sociaux, les employeurs, confrontés au manque d'équipements de protection, ont fait le choix d'isoler les professionnels à leur domicile et de fermer les accueils au public afin de respecter leur obligation de sécurité. Au mieux, une quinzaine de jours ont été nécessaires afin que certains assistants sociaux reçoivent des outils de télétravail professionnels et/ou des orientations émanant de leur employeur. Dans ce contexte d'incertitude, nombre d'entre eux ont utilisé leurs matériels personnels (téléphone, ordinateur, connexion) afin de maintenir le contact avec les personnes connues. Des espaces domestiques devinrent des lieux d'exercices professionnels, et les membres du cercle familial assistèrent parfois à des entretiens. L'utilisation d'informations professionnelles avec du matériel personnel interroge la sécurité informatique et le respect des données personnelles des usagers.

De plus, la qualité et la sécurité des accompagnements des personnes ont pu aussi être compromises compte-tenu de fausses interprétations à propos du secret médical. En effet, certains professionnels de santé (médecin traitant, médecin hospitalier, etc.) ne transmettent pas aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) les informations nécessaires sur la situation de santé des personnes et leurs pathologies, sous

13- Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison

couvert du respect du secret médical. Or, ils ignorent souvent que depuis la loi du 27 janvier 2016¹⁴ de modernisation de notre système de santé, tous les ESMS¹⁵, y compris les SAAD¹⁶, les SSIAD¹⁷ et les SPASAD¹⁸ sont aussi couverts par une obligation de secret professionnel, et sont expressément visés comme pouvant partager des informations avec les professionnels de santé.

Enfin, un décret daté du 11 mai 2020¹⁹ ouvre la possibilité pour le médecin du travail de prescrire des arrêts de travail pour les salariés atteints ou suspectés d'infection au SARS-CoV-2 et des interruptions de travail pour les salariés vulnérables ou cohabitant avec une personne vulnérable. Dans un communiqué de presse du 14 mai 2020²⁰, le syndicat de professionnels de santé au travail (SNPST) a rappelé que la prescription d'arrêts de travail ne relève pas des médecins du travail dont la mission, exclusivement préventive, est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. La prescription d'arrêts maladie relève donc des médecins thérapeutes. La possibilité de prescrire à titre exceptionnel des arrêts pourrait être pertinente, si elle donnait aux médecins du travail un plus grand pouvoir d'action dans un but de protection de la santé des salariés et de santé publique.

Or, la mise en œuvre du décret pose de nombreuses questions : le SNPST a déjà mis en garde contre l'utilisation de ces certificats dans une politique de sélection de la main d'œuvre et répondant à des conditions de travail à risques, si dans le même temps, n'est pas mise en place une véritable politique de prévention du risque Covid-19 par les pouvoirs publics et les employeurs. Dès lors que la prescription des arrêts est limitée aux salariés atteints ou suspectés de Covid-19, son établissement indique un diagnostic et le secret médical est violé.

2- Droit à une information, juste, claire et compréhensible

a) *Un manque de transparence et de cohérence des discours*

Il convient de rappeler l'importance de l'adéquation entre les décisions politiques et leur mise en œuvre sur le terrain, ainsi que la cohérence des discours avec la réalité étayée par des travaux scientifiques irréfutables, en particulier dans les situations de gestion de crise.

En effet, nous pouvons faire le constat d'un manque critique de transparence ou de brouillage de l'information depuis le début de la crise de la Covid-19. Certaines mesures n'ont pas été annoncées par un canal officiel mais par l'intermédiaire de médias ou de réseaux sociaux, et leurs modalités de mise en œuvre à l'occasion, par exemple, de foires aux questions (FAQ). S'ajoute à cela le fait que la doctrine officielle a pu donner l'impression d'évoluer au gré des stocks disponibles (pénurie de masques et d'équipements de protection individuelle en général, absence de tests PCR accessibles, organisation de la

14- Voir : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>

15- Etablissements et Services Médico-Sociaux

16- Services d'aide et d'accompagnement à domicile

17- Services de soins infirmiers à domicile

18- Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

19- Décret n° 2020-548. Cf. : <https://www.legifrance.gouv.fr/jeli/decret/2020/5/11/SSAZ2011695D/jjo/texte>

20- Voir : https://www.snpst.org/IMG/pdf/2020-05-14__communiqu_e_de_presse.pdf

vaccination...). Par ailleurs, les décisions gouvernementales ne parvenant pas toujours à apporter de réponses claires aux problématiques concrètes rencontrées sur le terrain et perçues souvent comme contradictoires ont amplifié le caractère anxiogène de la situation.

Une information transparente et loyale aurait sûrement permis une prise de conscience collective plus rapide et aurait sans doute épargné des vies, tout en évitant l'apparition de problèmes sanitaires majeurs (séquelles, troubles psychologiques, ...). La communication hésitante et parfois inadaptée du gouvernement ainsi que les avis scientifiques divergents exprimés publiquement, et de façon quasi-continue, n'ont pas participé au rétablissement de la confiance et à la crédibilité des recommandations relatives aux mesures de prévention, qui sont encore aujourd'hui les seules efficaces. Ces dernières n'ont ainsi pas été mises en œuvre par tous car incomprises, jugées inefficaces ou disproportionnées.

De plus, le retard mis à la prise en compte des cas de contamination et des décès en EHPAD²¹ et à domicile, ont pu laisser croire à une volonté de dissimulation et a fortement contribué à la perte de crédibilité de la parole des représentants de l'Etat.

S'y ajoute la multiplication de la diffusion de « fake news » partagées sur les réseaux sociaux ainsi que dans les médias, où elles se sont amplifiées sans être efficacement contredites. Cette prolifération d'informations fausses, contradictoires ou non étayées scientifiquement a été source d'angoisse pour le grand public.

De plus, le champ lexical employé, les mots choisis - comme celui de « guerre » ou de « brigades » - et parfois la mise en scène politique - comme de nuit devant des tentes militaires - et sa dramatisation voire son instrumentalisation par les médias ont participé à accroître l'atmosphère anxiogène de la crise sanitaire.

Il nous semble primordial qu'une information loyale, sincère, pertinente, et scientifiquement validée soit diffusée, afin de restaurer la confiance entre la population et les pouvoirs publics. La transparence des informations et des données est un enjeu fondamental.

b) Un manque de lisibilité des mesures mises en place

La déclinaison régionale des dispositifs adoptés au niveau national, mis en place à destination de la population, mais aussi des publics bénéficiaires des services médico-sociaux et sociaux et/ou de leurs aidants, notamment ceux éloignés des établissements et services n'a pas été toujours suffisamment explicitée. Une absence notable de lisibilité a été en particulier observée sur la situation des personnes malades, fragiles ou en situation de handicap à domicile.

Il nous paraît par ailleurs nécessaire d'obtenir plus de précisions sur la composition des « brigades » d'intervention au domicile des patients, les modalités de leur action, les

21- Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

conditions du suivi des personnes mises à l'isolement (suivi médical, psychologique, social) ainsi que les modalités de mise en œuvre de la quarantaine imposée notamment aux personnes étrangères arrivant sur le territoire national.

Au début de la crise, nous avons pu observer le manque de formation des aides à domicile en particulier sur les droits des personnes malades. Depuis, la situation s'est sensiblement améliorée et ces derniers semblent globalement respectés, notamment les droits à l'information et au recueil du consentement.

L'information des patients atteints de cancers a été un point sensible du fait des spécificités de la cancérologie, auxquelles se sont surajoutées celles liées à l'émergence rapide d'une maladie encore peu connue. Indépendamment du contexte épidémique, on observait déjà un recours croissant au domicile dans la structuration des parcours de soins oncologiques.

Se surajoutent les besoins d'information relatifs à l'épidémie et à l'accroissement des risques de perte de chance, liés à l'interruption des prises en charge, pour favoriser le recours et la continuité des soins, dans les phases actives comme dans les étapes palliatives. Par ailleurs, il est apparu nécessaire de renforcer l'information sur les adaptations des protocoles de traitement et de rassurer les patients et leurs proches aidants sur l'absence de perte de chance associée à celles-ci.

L'information dispensée sur les reports de traitement n'apparaît pas toujours complète et claire aux yeux des personnes malades, qui témoignent parfois d'une absence de suivi et de contact avec l'équipe soignante. Lorsque les soins ont lieu à domicile, le médecin traitant, parfois très difficile à joindre, n'est pas forcément en mesure d'identifier et de gérer les effets indésirables des traitements. L'information des patients a été un point de tension important, en partie lié au manque de connaissances initiales sur les risques de la Covid pour les patients en fonction de leur pathologie.

Cette tension s'est amenuisée au fil de l'évolution de l'épidémie, permettant une meilleure communication vis-à-vis des patients sur les risques, mais aussi sur les aménagements facilitant la poursuite ou la reprise rapide des soins pour réduire les pertes de chance liées aux interruptions. Certains patients ont également indiqué qu'après une hospitalisation en établissement de santé, leurs dossiers ont pu être récupérés avec des délais plus importants qu'à l'accoutumée.

Pour des publics et situations spécifiques comme les enfants pris en charge par la protection de l'enfance et par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), la communication a pu être compliquée entre les tribunaux et les services chargés de l'exécution de la mesure de protection (insuffisance d'équipement numérique de part et d'autre).

En revanche, certaines initiatives tentant d'apporter plus de clarté aux dispositifs et aux recommandations des autorités ont pu être observées. Par exemple, l'UNIOPSS²² a mis en place un flash info quotidien pour relayer les consignes gouvernementales successives en fonction de l'évolution de l'épidémie, en phase de confinement et de déconfinement,

22- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

les témoignages et initiatives de terrain. Ce flash info regroupait l'ensemble des consignes et documents utiles à tous les secteurs social, médico-social et de la santé. Ainsi plus particulièrement sur le volet santé, ce document a suivi et transmis les consignes générales de santé publique, notamment les supports et outils de prévention et d'informations adaptés produits par les pouvoirs publics et les associations.

De plus, les associations et certaines municipalités ont eu des actions en direction des personnes isolées ou non qui ne savent pas lire ou qui ne comprennent pas le français. Cependant les personnes en situation de précarité ne semblent pas avoir été une cible prioritaire : les services sociaux ont été pour la plupart fermés et seules les demandes par téléphone ont pu parfois être traitées.

Enfin, certains conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont diffusé un grand nombre d'informations sur la Covid-19 : le virus, les gestes barrières, les recommandations spécifiques à la santé mentale, les activités sportives, des appels à bénévolat. Certains proposent aussi de l'information-prévention sur les violences intrafamiliales.

Quelques structures ont su aussi, au-delà des cadres réglementaires qui les régissaient, s'adapter pragmatiquement aux situations auxquelles ils étaient confrontés : un accueil de nuit assumant aussi l'accueil de jour pendant la période du confinement.

c) L'inclusion/fracture numérique

Le virage numérique a pris une tournure inattendue et accélérée du fait du confinement. L'enjeu de l'inclusion numérique se double d'un enjeu de lutte contre le non-recours à l'information et aux soins, un des risques principaux liés à l'intensification de la digitalisation des services, et pose la question de l'égalité d'accès, voire de la possibilité d'accès tout simplement. Dans le contexte de la crise, les médias télévisuels et radio renvoyaient le plus souvent l'individualisation des informations à des services en ligne ou téléphoniques. Compte tenu de la saturation rapide de ces services, les personnes non familiarisées avec les outils numériques ou non équipées d'ordinateurs connectés n'ont pas toujours pu obtenir d'informations individualisées les concernant. Elles n'ont également pas pu recevoir les informations individuelles transmises par voie postale puisque le courrier n'a rapidement plus été distribué de façon régulière sur la totalité du territoire.

Les outils de communication publics et gratuits (c'est le cas en Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) avec « MON SISRA ») qui sont pratiques, intuitifs et efficaces généralement n'ont pas été à la hauteur pendant cette crise, notamment en raison de problèmes de connexion. En revanche, des plateformes privées (et payantes) n'ont pas rencontré les mêmes problèmes, ce qui peut légitimement interroger.

3- Discriminations

Les contributions reçues ne font état pour la plupart d'aucune forme de discrimination à l'égard de personnes malades de la Covid en service hospitalier. Elles font majoritairement état qu'une bonne organisation au service de ces personnes malades de la Covid-19 a été mise en place tant par les établissements de santé du secteur public que du secteur privé. En revanche, des situations de discrimination à l'encontre de personnes atteintes de la Covid-19, telles que des refus de prise en charge à domicile (SIAAD²³) ont été observées ainsi que pour le transport par le SAMU (notamment de personnes en situation de handicap), et dans certains cas pour des prises de sang.

Pour certaines organisations, l'isolement et le confinement ont été vécus comme une discrimination à l'encontre principalement des personnes symptomatiques.

L'ADSSU²⁴ a également fait le constat de discours culpabilisants les étudiants « responsables de la reprise d'épidémie en septembre parce qu'ils avaient fait la fête ». Indépendamment d'être actuellement faux (cela représente 18% des contaminations étudiantes), ce discours a renforcé le sentiment de pénalisation injustifiée.

B- RECOMMANDATIONS

En situation d'urgence épidémique et de débordement des moyens hospitaliers, il est important que les droits des malades et des usagers du système de santé soient préservés. La confidentialité, l'égalité et l'équité de traitement, l'accès aux soins palliatifs et le droit à une fin de vie accompagnée doivent être d'autant plus préservés qu'il n'y a eu aucun exemple où leur non-respect permettait un meilleur contrôle de l'épidémie.

En particulier, le droit de bénéficier des soins les plus appropriés et dans le respect du parcours de soin est un élément essentiel dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19. Des soins de qualité supposent que l'ensemble du séjour hospitalier ou en institution, l'ensemble du parcours de santé ou de vie de l'utilisateur ainsi que ses modalités de prise en charge et d'accompagnement par les professionnels de santé, se déroulent dans le respect de la personne et de ses droits. Dans le contexte épidémique, les atteintes à ces droits ne peuvent être justifiées que de façon temporaire et par une extrême gravité démontrée. Il est tout aussi important que l'apparition d'une maladie émergente soit l'occasion de continuer à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, voire de renforcer cette lutte.

23- Service Intervention Aide A Domicile

24- Association des directeurs des services de santé universitaire

1- Droit à une information juste, claire et compréhensible

a) Une information transparente pour rétablir la confiance des citoyens

Une fois encore, même si la communication gouvernementale a été peut-être plus réactive qu'à l'accoutumée, une marge importante d'amélioration existe.

Rétablir la confiance des professionnels et de la population envers les discours politiques et administratifs apparaît primordial face à l'accumulation de diffusions d'informations contradictoires voire erronées des institutions étatiques. Il est nécessaire de mettre en place une politique de communication cohérente entre tous les services et administrations de l'Etat, qui passe par un discours clair et transparent, qui ne masque ni les manques, ni les pénuries, ni les incertitudes. Elle doit s'appuyer en priorité sur des experts légitimes pour être relayée par les organismes représentant les sociétés savantes.

Certains bénéficiaires et professionnels se sont sentis démunis face à la mise en œuvre de décisions qui, pour être protectrices de la santé des personnes, n'en étaient pas moins attentatoires à leur liberté et, par conséquent, potentiellement préjudiciables dans certains cas. Il apparaît indispensable de considérer les personnes en situation de handicap comme tout citoyen, leur donner accès aux informations de manière claire et compréhensible.

Un effort de pédagogie sur les mesures à venir est indispensable, de même qu'un effort de transparence sur celles qui ont été prises et qui suscitent aujourd'hui une critique « citoyenne », qui ne peut être ignorée comme le maintien de la tenue des élections municipales, ou la stratégie de diagnostic et de dépistage mises en œuvre. Ce retour et ces explications sont indispensables pour que les futures mesures soient comprises, acceptées, et respectées. De plus, la transparence ne peut être de mise uniquement sur les mesures de santé publique ayant directement trait à la Covid-19 mais doit aussi porter sur l'ensemble des conséquences de la pandémie, et des mesures engagées pour ralentir la propagation du virus comme par exemple, sur la disponibilité des produits de santé ou des dispositifs médicaux.

En parallèle, la capacité à expliquer rapidement les décisions sans recourir à un langage de peur, à l'instar de ce que font des pays voisins, devra être explorée. Le recours à un discours de peur renforce les conséquences anxiogènes du confinement.

b) Une information compréhensible, pédagogique et adaptée

Une information simple, claire et compréhensible par tous (personnes étrangères, personnes en situation de handicap, personnes illettrées...) sur les mesures prises doit être diffusée. La communication doit être avant tout pédagogique, pour faciliter l'adhésion de la population et l'appropriation des mesures nécessaires comme les mesures barrières, le couvre-feu et le confinement total ou partiel.

Il est primordial d'offrir aux personnes potentiellement fragiles face à la Covid-19 (en raison de leur âge, de leur pathologie, comorbidités, poids, ...) une information médicale précise et ciblée sur les risques qu'elles encourent. Par ailleurs, des informations adaptées doivent permettre à toutes les personnes d'avoir les moyens d'assurer leur prévention.

Au-delà de la communication sur les gestes barrières, Santé publique France pourrait être chargé d'une campagne « grand public » afin d'informer par exemple, sur l'importance du maintien des soins et des précautions prises par les intervenants pour limiter le risque de contamination.

L'optimisation du recours au domicile de plus en plus fréquent demande une implication forte des patients et de leur entourage pour faciliter le lien entre équipes hospitalières et de ville. L'identification des situations porteuses de risques est également un axe majeur, tant la complexité et la personnalisation de la prise en charge des différentes pathologies demandent de la réactivité, en particulier dans des moments de tension sur les ressources. La mobilisation des patients et des proches par une communication structurée doit constituer un point fort des développements à venir, en cohérence avec des messages portés par les autorités sanitaires sur la nécessaire continuité du recours aux soins pour les personnes porteuses de maladies chroniques.

Il est également essentiel de communiquer clairement sur le maintien (et les modalités) de l'ouverture des ESSMS²⁵ en cas de crise aiguë.

c) Informer sur les différentes phases de crise, les préparer

La majorité des contributions reçues évoque l'importance d'énoncer clairement les principes encadrant les différentes modalités de lutte contre la propagation du virus (confinement, sortie de confinement, couvre-feu, ...), de les matérialiser, les expliquer faire le lien entre elles avec une communication adaptée et régulière, utilisant tous les canaux possibles (télévision, radio, réseaux sociaux). La préparation et la mise en œuvre des différentes phases doivent passer par un discours clair, non paradoxal, qui ne dissimulera pas les réalités de la situation et sera anticipé. Par ailleurs, il nous paraît indispensable si les mesures doivent être adaptées et mises en œuvre localement, que les raisons qui les conditionnent soient identiques sur tout le territoire.

Dans ce sens, nous avons apprécié la communication du Premier ministre de juin dernier indiquant d'une façon claire que la sortie du confinement nécessitait, outre le maintien des mesures barrières, un large recours aux masques, l'utilisation systématique de tests pour les personnes présentant des symptômes de Covid-19 et la mise en œuvre d'un isolement adapté pour celles s'avérant positives, afin de briser les chaînes de contamination.

Il s'agit également de préparer psychologiquement les populations à l'incertitude de vagues successives et de tirer profit de l'expérience acquise lors des phases antérieures, d'adapter les mesures en conséquence et communiquer sur la prise en compte des erreurs et des bonnes pratiques passées.

²⁵ - Établissements et Services Sociaux ou Médico-Sociaux

Enfin, nous proposons d'améliorer la visibilité de la réserve sanitaire. Promouvoir auprès des soignants ses objectifs, et améliorer la transparence sur son fonctionnement. Il s'agit notamment de clarifier les mécanismes des réquisitions, de la décision du déclenchement jusqu'à la mobilisation effective en passant par la définition des responsabilités et des modalités d'indemnisation.

d) Renforcer le rôle de communicant des associations et des représentants d'usagers

Tous les vecteurs potentiels (municipalités, CCAS, établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé et de l'accompagnement, associations d'usagers...) doivent être mis à contribution dans le partage d'information sur la situation de la crise sanitaire. Il serait ainsi pertinent de renforcer le rôle des associations dans la diffusion des informations vérifiées. Ces dernières ont un rôle primordial comme en témoignent les réflexions de la contribution de l'association du Conseil aide et défense des usagers de la santé (CADUS) :

« Pas un mot pour les dizaines/centaines d'associations d'usagers qui se mobilisent à 200% pour informer/soutenir/aider à démêler les situations parfois dramatiques dans lesquelles se trouvent des milliers de personnes/familles/fragiles/agées/ en situation de handicap... C'est dommage et c'est injuste. Toutes nos associations sont des recours extrêmement utiles en cette période où chacun a besoin de se tourner vers des acteurs de proximité et de confiance, actifs et engagés. Oubliés/invisibilités sans doute parce que nous ne sommes pas assez représentés dans les médias ».

Nous demandons la transmission aux associations de supports d'informations clairs et diffusables, qu'elles pourront relayer à leurs adhérents.

2- Respect du secret médical

La pratique et les réalités de terrain montrent que les ruptures du secret médical étaient inutiles et n'ont en rien influé la dynamique de l'épidémie. Nous rappelons l'impérieuse nécessité du respect du secret médical, notamment lors des dépistages ainsi qu'à l'occasion des séances de vaccination.

3- Droit au principe de consentement

Le recueil préalable du consentement de la personne est indispensable pour délivrer l'autorisation de vaccination. Une information claire de la part du corps médical sur les bénéfices attendus et les risques encourus en fonction des connaissances scientifiques actualisées, est nécessaire dans le cadre d'une consultation spécifique. Le recueil de ce consentement libre et éclairé a été omis trop souvent lors des vaccinations massives des personnes âgées en EHPAD, même si personne ne remet en question aujourd'hui que cette vaccination était légitimement recommandée.

4- Autres

Dans le cadre des droits des usagers en ambulatoire, il s'agira, ici, d'accompagner les personnes prises en charge en prenant le temps de leur expliquer leurs droits et de s'assurer qu'ils ont été bien compris. Il conviendra également de les appliquer de manière effective, et dans la durée.

En effet, la participation de personnes en situation d'exclusion est particulièrement difficile à assurer, tant ces personnes sont en situation d'infériorité vis-à-vis du service qui leur est rendu, et tant la parole peut être manipulable ou peu écoutée. Il faut absolument prendre en compte les besoins mais également les désirs, les modes de vie, les contraintes spécifiques à chaque personne dans le projet d'accompagnement proposé.

S'agissant du respect des droits des usagers, la Ligue nationale contre le cancer recommande la mise en place de formations obligatoires portant sur les droits des usagers pour les aides à domicile. En effet, ces professionnels étant parfois amenés à être davantage en interaction avec les personnes malades que leurs soignants, il paraît nécessaire qu'ils soient sensibilisés au respect de ces droits. A l'instar des représentants des usagers pour lesquels une formation de base est obligatoire depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les aides à domiciles devraient suivre ce type de formation.

Il est recommandé de reconnaître la Covid-19 comme une maladie professionnelle, d'en identifier précisément les séquelles, d'adapter l'environnement et le retour au travail ou le cas échéant, de faciliter et accompagner la reconversion professionnelle en cas d'impossibilité de maintien dans la profession.

Il nous paraît également indispensable de sensibiliser le corps médical aux droits des personnes protégées en lien avec les limites du mandat judiciaire. La spécificité du public bénéficiaire de mesures de protection doit faire partie intégrante de la réflexion d'ensemble concernant la gestion de la crise sanitaire. Les médecins pourraient être sensibilisés au cadre juridique qui lie l'intervention des mandataires qui se sont vus confier de nouvelles responsabilités en matière médicale, sans être des professionnels de la santé.

Document 18 : Conseil d'État, 19 mai 2004 et la notion de « perte de chance »

Considérant que les requêtes numéros 216039 et 216040 sont dirigées contre le même arrêt ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

Sur le préjudice :

Considérant qu'aux termes du troisième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, si la responsabilité du tiers est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément ; qu'il résulte de ces dispositions que le recours des caisses s'exerce sur les sommes allouées à la victime en réparation de la perte d'une chance d'éviter un préjudice corporel, la part d'indemnité de caractère personnel étant seule exclue de ce recours ; que la CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE et la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE justifient respectivement du versement d'une somme de 145 348 euros et de 327 694 euros correspondant aux prestations qu'elles ont versées à la victime ; que, cependant, le total de ces sommes excédant le montant de la part d'indemnité réparant l'atteinte à l'intégrité physique, fixé à 197 713 euros par la présente décision, il y a lieu de fixer, à due proportion de ce montant par rapport au montant total des créances de sécurité sociale, les indemnités dues à chacune des caisses ; qu'il y a ainsi lieu de condamner l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris à verser à la CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE la somme de 60 750 euros et à la CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAL-DE-MARNE la somme de 136 963 euros ;

Droit Médical - L'actualité de la notion de « perte de chance »

Par ailleurs, la Cour de Cassation vient d'avoir l'occasion à deux reprises de casser deux arrêts de Cour d'appel en prenant le soin de rappeler avec fermeté l'acception juridique de la perte de chance et les conséquences qui devaient en être tirées.

Dans une première espèce, la Cour d'appel de Grenoble avait refusé de retenir l'existence d'une perte de chance au motif qu'il n'était pas certain que la faute, pourtant objectivée, avait eu des conséquences sur l'état de santé de la victime, procédant ainsi à un raisonnement a contrario.

La Cour de cassation censure cette décision pour défaut de base légale et rappelle le raisonnement qui doit être tenu en matière de perte de chance.

Ainsi, une perte de chance présente-t-elle un caractère certain et direct chaque fois qu'est constaté la disparition d'une éventualité favorable.

Aussi, il s'en évince que seule la certitude que la faute n'a pas eu de conséquence peut aboutir à un rejet de la perte de chance, cette preuve incombant aux défendeurs et non pas à la victime.

Cette preuve se révèle difficile à rapporter de sorte que cette solution s'avère favorable aux victimes.

Document 19 : « Journal de Droit de la Santé et de l'assurance Maladie » N°1/2013 (extraits)

2. Le contenu de l'information

CE 24 septembre 2012 n°339285 ;

CE. 10 octobre 2012 n°350426 ;

Civ. 1^{ère}, 12 juin 2012 n°11-18327 ;

La question ne peut se départir de l'évolution du droit marquée par l'arrêt fondateur du 3 juin 2010 qui délaissant le visa de l'article 1147 du code civil au profit de celui de l'article 1382 du même code, fait du devoir d'information un devoir transversal pesant sur le médecin. Le patient devient le seul et unique titulaire de ce droit à l'information et nul ne peut en restreindre le bénéfice même s'il est contraire à son intérêt. C'est ce qu'illustre le décret du 7 mai 2012 qui supprime dans le code de déontologie médicale l'un des cas d'exonération possible de son obligation pour le médecin, relatif à la possibilité de laisser le patient dans l'ignorance sur son état de santé, dans son intérêt et pour des raisons légitimes et qui subsistait encore.

Ce droit fondamental à l'information dont l'autonomie est consacrée par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique et sur lequel les juges civils et administratifs attirent l'attention des praticiens dont ils attendent sincérité et loyauté en organisant sa sanction presque systématique quelle que soit la conviction que l'on peut avoir sur la décision qui aurait été prise par le patient, ne se départit pas non plus de l'exigence posée par l'article L. 1110-5 alinéa 1^{er} du code de la santé publique de bénéficier des soins les plus appropriés et désormais précisée en matière de prescription hors AMM.

Mais jusqu'à quel point l'étendue de l'information en est-elle affectée ?

L'information sur le risque exceptionnel

Les principes jurisprudentiels posés en matière civile et en matière administrative¹⁹ avant la loi du 4 mars 2002, ont imposé une information sur les risques graves, connus, y compris si ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement, les risques connus incluant les accidents parfois rares mais dont le mécanisme était connu et dont le risque pouvait être évalué statistiquement. Certes l'article L. 1111-2 du code de la santé publique a utilisé une formulation différente en évoquant l'information sur « les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ».

L'information est désormais élargie aux risques fréquents. En revanche, le qualificatif « exceptionnel » est absent du texte. Mais, même si l'objectif du législateur n'était pas de restreindre la portée des acquis jurisprudentiels mais au contraire de les consacrer, on peut se demander si l'expression « normalement prévisible » ne revient pas sur la solution selon laquelle « le caractère exceptionnel du risque ne dispense pas le praticien de son obligation d'information ». Il appartient donc aux tribunaux de prendre position.

Les deux arrêts du conseil d'État des 24 septembre 2012 et 10 octobre 2012²¹ incluent explicitement le risque exceptionnel dans l'information qui doit être donnée. Ces deux arrêts, reprenant le considérant de l'arrêt du 5 janvier 2000, confirment pour des faits postérieurs au 5 septembre 2001, que « si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation » mais ne visent pas les dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique. Pour certains auteurs, le Conseil d'État s'affranchirait ainsi de la loi du 4 mars 2002, soit qu'il tend à attirer l'attention du législateur sur la nécessité de reformuler l'article L. 1111-2, soit qu'il considère que les deux expressions ont le même sens et peuvent être utilisées indifféremment. Cette hypothèse paraît celle qu'il faut privilégier, mais dans ce cas les dispositions de l'article L. 1111-2 auraient dû être visées. Notons que les recommandations de l'HAS de 2005 retiennent l'obligation d'information sur les complications et les risques fréquents ou graves « habituellement » prévisibles ce qui tendrait à exclure le risque exceptionnel.

La Cour de cassation vise quant à elle, pour les faits postérieurs au 5 septembre 2001, les

dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique ²³, mais aucune décision explicite n'est venue expressément inclure, à partir de ce texte, le risque exceptionnel dans l'obligation d'information à partir du moment où il serait connu. Nonobstant, de l'arrêt du 8 avril 2010 qui vise l'article L. 1111-2 s'induit l'obligation d'informer du risque scientifiquement connu comme étant en rapport avec l'intervention préconisée. Il s'agissait ici du risque d'infection nosocomiale. Dès lors que le risque connu doit faire l'objet d'une information, le risque qu'il soit exceptionnel ou non, s'il est connu ne suffirait-il pas à impliquer son information, la notion de risque normalement prévisible renvoyant à la notion de risque connu ?

Notons que l'arrêt rendu le 12 juin 2012 (n°11-18928) par la première chambre civile de la cour de cassation et qui porte plus particulièrement sur la preuve de l'information, évoque dans le cadre de l'application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique « toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles », cette expression unique de « risques prévisibles » pouvant sans conteste inclure les risques exceptionnels. S'agissant d'un arrêt de rejet portant qui plus est sur une autre question, l'enseignement ne saurait cependant en être certain. Les juridictions civiles du fond sont plus explicites sur la nécessité d'informer sur le risque exceptionnel.

Mais, c'est bien dans l'optique d'une extension de l'étendue de l'information qu'il faut se placer et qu'illustre une autre décision du 12 juin 2012 concernant l'information sur la prescription hors AMM d'un traitement qui ne présentait pas de risque connu.

L'information sur la prescription hors AMM

L'arrêt rendu le 12 juin 2012 par la 1^{ère} chambre civile ²⁶ retient un manquement au devoir d'information qui ne peut rester sans réparation dans le fait d'avoir omis de préciser à son patient que le traitement prescrit n'est pas conforme aux indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché.

Il s'agissait en l'espèce d'une injection intradiscale d'Hexatrione par un médecin rhumatologue pour soulager des douleurs lombaires et à laquelle est imputée une calcification nécessitant une intervention chirurgicale. La fermeté de la Cour de cassation à l'aune des dispositions nouvelles de l'article 5121-12-1 du code de la santé publique mais qui ne s'appliquaient pas aux faits de l'espèce, s'exprime dans un domaine d'actualité où il s'agit d'encadrer la liberté de prescription reconnue dès lors que les traitements proposés reçoivent une opinion favorable de la communauté scientifique et lorsque l'intérêt du patient le justifie. Elle consacre un droit à une information qui se situe en dehors de toute question d'existence d'un risque²⁸ puisque le traitement prescrit, pratiqué couramment, était « sans risque connu et réputé apporter fréquemment un soulagement réel ».

Les conséquences de cet arrêt ne sont pas anodines particulièrement dans le contexte des « affaires » actuelles²⁹ puisqu'il applique pour des faits antérieurs à la loi du 29 décembre 2011, le contenu des nouvelles dispositions de l'article L. 5121-12-1, II du code de la santé publique.

Notons, comme l'ont développé certains auteurs que la solution eût pu être la même si les dispositions de l'article L. 1111-2 issues de la loi du 4 mars 2002 avaient été applicables, car ne pas préciser que le traitement est prescrit hors AMM relève d'une information incomplète voir déloyale.

L'information sur les effets secondaires des traitements et médicaments

L'arrêt de la cour de cassation rendu le 28 novembre 2012 sur le fondement de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, rappelle le droit de toute personne à être informée, préalablement aux investigations ou actions proposés, des risques inhérents à ceux-ci et que le non-respect du devoir d'information cause à celui auquel l'information était légalement due un préjudice que le juge ne peut laisser sans réparation. En l'espèce, avait été administré un traitement par Heptamicol sans que n'aient été communiquées les informations médicales concernant les effets et contre-indications de ce médicament et sans vérification suffisante de la situation du patient qui avait pourtant donné connaissance de son activité sportive professionnelle, alors que le médicament contenait une substance interdite lors de certaines compétitions, ce qui avait entraîné un contrôle positif aux produits dopants.

Il est intéressant de noter que la cour d'appel avait rejeté cette demande en faisant valoir que le patient, « coureur aguerri, bien informé des incidences de ses actes et des risques encourus en matière de dopage, ne pouvait sérieusement soutenir que le nonrespect du devoir d'information du médecin lui aurait causé un quelconque préjudice indemnisable », d'autant qu'était parallèlement relevé le comportement déloyal lié à la transgression des instructions reçues sur les dangers du dopage et des règles de bonnes conduites et de fonctionnement de l'équipe par l'obtention, par une consultation clandestine, de la prescription d'un produit contre-indiqué pouvant compromettre la participation au Tour de France. Sur ce point, la Cour de cassation a considéré que la cour d'appel avait pu en déduire que son préjudice matériel résultait exclusivement de sa propre faute.

Mais en ce qui concerne le droit fondamental d'être informé, peu importe ainsi le comportement éventuel du patient qui ne sera en rien exonératoire de la nécessaire réparation du préjudice subi du fait du non-respect du devoir d'information³². L'arrêt de la cour d'appel qui avait rejeté la demande de réparation du préjudice moral est cassé. Outre le caractère nécessairement adapté à la personnalité du patient, cet arrêt rappelle que l'information doit être donnée sur les effets secondaires des médicaments, en l'occurrence pour les personnes qui y seraient particulièrement exposées mais aussi de façon plus générale. C'est dire que l'information doit être complète et l'exigence de sa preuve qui pèse sur le professionnel de santé n'est pas pour autant appréciée de manière souple par les juges.

S. W.

3. La preuve de l'information

Civ. 1^{ère}, 6 février 2013, n°12-17423.

La charge de la preuve incombe au professionnel de santé. Elle peut être rapportée par tous les moyens. Pour autant, la jurisprudence fait là aussi preuve de fermeté. Certes l'arrêt du 12 juin 2012 (n°11-18.928) pour lequel certains ont évoqué une extrême complaisance en vue de rassurer les professionnels de santé et leurs assureurs³⁴, approuve l'arrêt de la cour d'appel qui retient l'existence d'une même intervention antérieure (arthrodèse vertébrale) par le même praticien avec un résultat favorable, des consultations à de nombreuses reprises suivies de courriers au médecin traitant avant l'intervention qui démontrent le soin pris pour analyser avec la patiente, en liaison avec son médecin traitant, l'ensemble des éléments de nature à fonder un choix éclairé, établissant que le patient avait reçu toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles, le risque qui s'est ici réalisé étant un syndrome de la queue de cheval.

La jurisprudence a déjà admis que le dossier médical tenu par le médecin et une lettre envoyée par celui-ci à un correspondant auquel il avait adressé la patiente étaient des éléments suffisants pour démontrer que le praticien avait rempli son obligation d'information³⁵. Mais les éléments apportés pour prouver le « fait juridique » doivent être pertinents pour être considérés comme suffisants. En principe, il s'agit bien d'une appréciation souveraine des juges du fond.

Pourtant l'arrêt de cassation rendu le 6 février 2013 doit retenir l'attention. En l'espèce, la patiente avait signé une autorisation d'opérer avec accord sur l'information qui lui a été donnée (note 36), mais ce seul élément qui avait été considéré comme suffisant par la cour d'appel ne suffit pas à la Cour de cassation qui reproche aux juges du fond de ne pas avoir recherché si le médecin n'avait pas failli à son obligation d'explicitement les risques précis de l'abdominoplastie en ajoutant « notamment par la remise d'une brochure exhaustive, telle que celle qui avait été remise à Madame X... lors de la seconde intervention chirurgicale ».

(Note 36 : "j'accepte l'opération chirurgicale proposée par le docteur Y... Je sais qu'il n'existe pas d'acte chirurgical sans risque et que des complications sont possibles même si l'intervention est conduite normalement ; je reconnais que la nature de l'opération prévue ainsi que ses avantages et ses risques m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, le docteur Y... a répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que je lui ai posées. J'ai bien noté que toute intervention peut comporter des difficultés qui peuvent contraindre mon chirurgien à en modifier le cours dans l'intérêt de mon état de santé actuel et futur".)

Si la preuve est libre, la tendance est bien de la rapporter par écrit par le biais d'un consentement

signé du patient. Mais la portée générale qu'il peut avoir, sans mention explicite et précise des risques encourus, ne peut suffire à établir la pertinence de l'information donnée. La remise concomitante d'une « brochure exhaustive », formulaire de société savante ou autre document établi, pourrait ainsi permettre de justifier de l'information donnée sur les risques précis de l'intervention envisagée. Les recommandations HAS de mai 2012, considérant que le dossier contenant les informations de santé relatives à la personne mentionne les informations majeures qui lui ont été délivrées et que ces mentions suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, précisent qu'il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information ; de même lorsqu'il existe des documents d'information destinés aux patients, ces documents n'ont pas à être signés par la personne. Bien sûr, la délivrance d'écrits n'a pas pour vocation de se substituer à l'échange oral personnalisé, d'ailleurs imposé par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, mais dont il sera néanmoins compliqué de prouver la réalité et la teneur. On voit bien que c'est un faisceau d'indices qui va forger la conviction des juges et l'écrit signé du patient, s'il n'est pas suffisant en soi, reste l'un des éléments - encore attendu par les juges - qui pourra, en cumul avec d'autres, justifier de l'information donnée et de son adaptation à la situation personnelle du patient. Au total, il n'y a pas d'extrapolation à dire que, dans l'hypothèse finalement fréquente d'un défaut d'information exhaustif et pour le cas où la faute technique n'est pas établie et où les conditions d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale ne sont pas réunies, l'objectif est bien de permettre, d'abord de façon préventive, une appréciation en connaissance de cause par le patient qui, s'il ne consent pas in fine à l'acte préconisé, peut éviter le dommage corporel. Mais, il est aussi de faciliter et permettre une indemnisation, soit pour fraction du dommage corporel (perte de chance) résultant du risque réalisé, soit désormais au titre d'un préjudice moral autonome, ces deux indemnisations étant même parfois cumulativement admises par les juges.

S. W.

4. La sanction du défaut d'information

CE 10 octobre 2012 n° 350426, D. 2012,

Il convient de rappeler que la responsabilité fondée sur la faute d'information présente une faiblesse structurelle : pour prouver le lien de causalité entre cette faute et son dommage corporel, le patient doit établir qu'il aurait certainement refusé l'opération si le médecin l'avait correctement informé des risques qui y sont attachés. Or il existe souvent un doute relatif à l'attitude qu'aurait eue le patient s'il avait été correctement informé, doute qui rend incertain le lien causal. Pour venir en aide aux victimes, la jurisprudence a alors choisi de réparer un autre préjudice, distinct du dommage corporel, à savoir la perte de chance d'éviter celui-ci.³⁸ Ce déplacement du lien causal vers un préjudice de substitution permet d'écarter les doutes affectant la causalité puisqu'il est certain que le défaut d'information sur les risques de l'opération proposée a fait perdre au patient ne serait-ce qu'une chance d'éviter le dommage. Pour autant, la réparation de la perte de chance n'est pas toujours possible. Il en est ainsi lorsqu'il résulte des faits que le patient n'a perdu aucune chance d'éviter le dommage, puisque même informé des risques, il aurait accepté l'opération.

La question s'est alors posée de savoir s'il ne convenait pas dans cette hypothèse de réparer un dommage moral distinct de la perte de chance. Mais lequel ? Selon une première approche, le préjudice moral s'identifierait au préjudice « d'impréparation » au risque réalisé, notamment aux souffrances endurées en raison de l'impossibilité d'anticiper le dommage subi⁴¹. Selon une autre approche, le dommage moral résulterait de la violation d'un nouveau droit subjectif de la personnalité, le droit du patient d'être correctement informé prenant appui sur le droit au respect de l'intégrité corporelle, reconnu à l'article 16-3 du Code civil, ainsi que le droit au respect de la dignité de la personne dont le respect est consacré à l'article 16 du même code. Après avoir refusé de s'engager dans cette voie, la Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence dans un arrêt du 3 juin 2010. Au visa des articles, 16, 16-3 et 1382 du Code civil, la Cour énonce que le non-respect du devoir d'information « cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice qu'en vertu du dernier des textes susvisés, le juge ne peut laisser sans réparation ». Deux

arguments militent en faveur d'un préjudice moral né de la violation du droit à l'information. En premier lieu, la Cour reconnaît que le défaut d'information cause toujours et nécessairement un dommage au patient. Or le préjudice peut être présumé lorsqu'il résulte de la violation d'un droit subjectif de la personnalité, à l'instar du droit au respect de la vie privée. En revanche, le préjudice d'impréparation nécessite d'être constaté au cas par cas par le juge, la victime devant rapporter la preuve que ses souffrances morales auraient été moindres si elle avait été préparée à l'éventualité du risque. En second lieu et surtout, l'arrêt avait été rendu au visa des articles 16 et 16-3 du Code civil. Le visa de l'article 1382 confortait cette lecture, dans la mesure où la violation d'un droit de la personnalité engage la responsabilité délictuelle de l'auteur du dommage sur le fondement de ce texte.

La consécration de ce préjudice moral a par la suite été réaffirmée par un arrêt du 12 juin 2012, la Cour n'ayant pas hésité à changer de visa et à faire appel aux « principes de la dignité de la personne humaine et d'intégrité du corps humain »⁴⁶ et à rattacher Le droit du patient à l'information à des principes supra législatifs⁴⁷. Cette avancée est également confirmée par un arrêt du 12 juillet 2012 aux termes duquel le droit à l'information est « un droit personnel, détaché des atteintes corporelles », dont la « lésion entraîne un préjudice moral »⁴⁸. Dans ce contexte, la position du Conseil d'État était fortement attendue.

L'arrêt du 10 octobre 2012 constitue un alignement partiel de la jurisprudence du Conseil d'État sur celle de la Cour de cassation concernant la sanction du défaut d'information. Selon le Conseil « indépendamment de la perte d'une chance de refuser l'intervention, le manquement des médecins à leur obligation d'informer le patient des risques encourus ouvre pour l'intéressé, lorsque ces risques se réalisent, le droit d'obtenir réparation des troubles qu'il a pu subir du fait qu'il n'a pas pu se préparer à cette éventualité, notamment en prenant certaines dispositions personnelles ; que, toutefois, devant les juges du fond, M. B...n'a pas invoqué un tel préjudice, dont il lui aurait appartenu d'établir la réalité et l'ampleur ; que, contrairement à ce qu'il soutient, la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit en ne déduisant pas de la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu, l'existence d'un préjudice lui ouvrant droit à réparation ». Le Conseil d'État accepte désormais de réparer un préjudice moral indépendant de la perte de chance et rejoint en cela la Cour de cassation. En effet, en l'espèce il est constaté que le patient n'avait perdu aucune chance d'éviter le dommage en refusant l'opération. Pour autant, si la haute juridiction administrative accepte d'aller au-delà de la perte de chance et de consacrer un préjudice moral distinct, ce préjudice ne semble pas être le même que celui retenu par la Cour de cassation. En effet, selon l'arrêt, il s'agit du préjudice d'impréparation et non de celui résultant de la violation d'un droit subjectif de la personnalité. Le Conseil en déduit que ce préjudice n'est pas automatique, qu'il ne découle pas ipso facto de la violation du devoir d'information et qu'il doit être constaté au cas par cas. Il ne se déduit pas de « la seule circonstance que son droit d'être informé des risques de l'intervention avait été méconnu ». La preuve de ce préjudice d'impréparation n'ayant pas été rapportée en l'espèce, le patient ne l'ayant d'ailleurs même pas invoqué, le Conseil d'État approuve la cour d'appel d'avoir rejeté la demande⁴⁹. Cette divergence partielle est regrettable et contraire à l'esprit d'harmonisation de la loi du 4 mars 2002. Espérons que le rapprochement souhaité se fera au bénéfice des patients, autorisés à invoquer une présomption de préjudice en cas de violation du droit de la personnalité, quelle que soit la structure publique ou privée dans laquelle ils sont soignés.

M. B.

Document 20 : Conseil d'État, 28 juillet 2011

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M. C, alors âgé de 57 ans, a subi au centre hospitalier d'Auxerre divers examens dont une radiographie thoracique le 13 mars 2001 et des biopsies bronchiques et un scanner thoracique le 10 mai 2001 ; que ces examens ont révélé l'existence d'un risque de cancer bronchique ; que M. C a de nouveau été admis au centre hospitalier d'Auxerre en janvier 2002 ; qu'a alors été diagnostiqué un cancer du poumon avec dissémination osseuse ; que M. C est décédé le 10 mars suivant ; que son épouse, Mme Jacqueline A, et ses deux filles, Mlles Magali et Céline B, se pourvoient en cassation contre l'arrêt par lequel la cour administrative d'appel de Lyon a annulé le jugement du tribunal administratif de Dijon qui avait condamné le centre à leur verser respectivement les sommes de 15 000 euros et 5 000 euros chacune ;

Sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi ;

Considérant qu'aux termes de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable à la date des faits litigieux : "Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations. / Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées (...) " ; qu'en application de ces dispositions, il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé, à moins que celui-ci n'ait expressément demandé que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant ; que, par suite, la cour, après avoir relevé que les pièces du dossier ne permettaient pas d'établir que le médecin pneumologue du centre hospitalier ait informé M. C de la suspicion d'un cancer bronchique à l'issue des investigations menées en mars et mai 2001, n'a pu, sans commettre d'erreur de droit, juger que l'information de M. C avait été assurée par le seul envoi par l'hôpital du compte rendu des examens à son médecin traitant alors qu'il n'avait pas expressément demandé que seul ce dernier lui indique les résultats des investigations pratiquées sur sa personne ; que son arrêt doit par suite être annulé ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de régler l'affaire au fond en application des dispositions de l'article L. 821-2 du code de justice administrative ;

Sur la responsabilité du centre hospitalier d'Auxerre :

Considérant qu'ainsi qu'il a été dit ci-dessus, les praticiens des établissements publics de santé ont l'obligation d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé, à moins que celui-ci n'ait expressément demandé que les informations médicales le concernant ne lui soient délivrées que par l'intermédiaire de son médecin traitant ; qu'il appartient aux établissements publics de santé d'établir que cette information a été délivrée ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction que les résultats des examens pratiqués le 10 mai 2001 permettaient de suspecter que M. C était atteint d'un cancer bronchique et impliquaient nécessairement des investigations complémentaires afin de poser le diagnostic et de proposer un traitement ; que le centre hospitalier n'établit pas que cette information a été apportée à l'intéressé à l'issue des examens en cause ; que, comme il a été dit ci-dessus, la circonstance que les résultats des examens ont été adressés au médecin traitant de M. C ne dispensait pas le centre hospitalier de son

obligation d'information du patient ; que le défaut d'information de M. C révèle, comme l'a jugé le tribunal administratif de Dijon, une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier d'Auxerre ; que cette faute a fait perdre à M. C une chance de recevoir des soins permettant de retarder son décès ;

Sur le préjudice :

Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment du rapport d'expertise que le traitement du cancer dont été atteint M. C aurait pu, s'il avait été entrepris à l'issue des examens effectués en mai 2001, permettre à ce dernier de survivre entre 26 et 37 mois de plus ; qu'il s'ensuit que le centre hospitalier d'Auxerre n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Dijon l'a condamné à verser à Mme A la somme de 10 000 euros au titre du préjudice moral qu'elle a subi et, au vu des revenus de M. C avant son décès, de 5 000 euros au titre du préjudice économique, ainsi que la somme de 5 000 euros à chacune des filles de M. C au titre de leur préjudice moral ; que les requérantes ne démontrent pas, dans leur appel incident, que ces indemnités aient été fixées à un niveau insuffisant ;

Sur l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, en application de ces dispositions, de mettre à la charge du centre hospitalier d'Auxerre une somme globale de 5 000 euros au titre des frais exposés par Mme Jacqueline A et Mlles Magali et Céline B, devant la cour administrative d'appel et le Conseil d'Etat, et non compris dans les dépens ;

D E C I D E :

Article 1er : L'arrêt de la cour administrative d'appel de Lyon du 23 juin 2009 est annulé.

Article 2 : La requête du centre hospitalier d'Auxerre et les conclusions incidentes de Mme Jacqueline A et de Mlles Magali et Céline B devant la cour administrative d'appel de Lyon sont rejetées.

Article 3 : Le centre hospitalier d'Auxerre versera à Mme Jacqueline A et à Mlles Magali et Céline B la somme globale de 5 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mme Jacqueline A, à Mlle Magali B, à Mlle Céline B et au centre hospitalier d'Auxerre.