

**Cour d'appel de Riom
ch. civile et commerciale 03**

1 février 2017
n° 16/00251
Texte(s) appliqué

Sommaire :

*
**

Texte intégral :

Cour d'appel de Riom ch. civile et commerciale 03 1 février 2017 N° 16/00251

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

COUR D'APPEL

DE RIOM

Troisième chambre civile et commerciale

ARRET N°

DU : 1er Février 2017

RG N° : 16/00251

FK

Arrêt rendu le premier février deux mille dix sept

Sur APPEL d'une décision rendue le tribunal de grande instance de Clermont Ferrand

(R. G. 14/3116 Ch1 Cab2)

COMPOSITION DE LA COUR lors des débats et du délibéré :

M. François RIFFAUD, Président

M. Philippe JUILLARD, Conseiller

M. François KHEITMI, Conseiller

En présence de : Mme Marie Paule ISCHARD, Greffier, lors de l'appel des causes et de Mme Christine VIAL, Greffier, lors du prononcé

ENTRE :

Mme Isabelle F.

Clinique de la Châtaigneraie

...

Représentant : Me Xavier BARGE, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND

APPELANTE

ET :

M. Jean Paul V.

...

...

ès qualités d'ayants droits de son épouse décédée, Madame Elisabeth D. épouse V.

Représentant : la SCP LANGLAIS BAUMANN ET ASSOCIES, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND

Mme Dominique V. épouse P.

...

...

ès qualités d'ayants droits de sa mère décédée, Madame Elisabeth D. épouse V.

Représentant : la SCP LANGLAIS BAUMANN ET ASSOCIES, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND

M. Marc V.

...

...

ès qualités d'ayants droits de sa mère décédée, Madame Elisabeth D. épouse V.

Représentant : la SCP LANGLAIS BAUMANN ET ASSOCIES, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND

M. le Docteur Elie C. (également appelant dans le dossier RG n° 16/338)

Clinique de la Châtaigneraie

Rue de la Châtaigneraie

63110 BEAUMONT

Représentants : cabinet BELLOC Barreau de LYON (avocat plaidant)

Me Sophie LACQUIT, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND (avocat postulant)

M. le Docteur Pierre Alexandre T. (également appelant dans le dossier RG n° 16/338)

Clinique de la Châtaigneraie

Rue de la Châtaigneraie

63110 BEAUMONT

Représentants : cabinet BELLOC Barreau de LYON (avocat plaidant)

Me Sophie LACQUIT, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND (avocat postulant)

SA CLINIQUE DE LA CHATAIGNERAIE (également appelante dans le dossier RG n° 16/369)

immatriculée au RCS de CLERMONT FERRAND sous le n° 444 573 935

Rue de la Châtaigneraie

63100 BEAUMONT

Représentant : la SELARL JUDISCONSEIL, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE PUY DE DOME

Rue Pélissier

Cité Administrative

63031 CLERMONT FERRAND

Représentant : la SCP MARTY BAFFELEUF BLANCHET, avocat au barreau de CLERMONT FERRAND

INTIMÉS

DEBATS : A l'audience publique du 1er Décembre 2016 M. KHEITMI a fait le rapport oral de l'affaire, avant les plaidoiries, conformément aux dispositions de l'article 785 du CPC. La Cour a mis l'affaire en délibéré au 1er Février 2017.

ARRET :

Prononcé publiquement le 1er février 2017, par mise à disposition au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile ;

Signé par M. François RIFFAUD, Président, et par Mme Christine VIAL, Greffier, auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

Mme Elisabeth D. épouse V. a été hospitalisée le 2 juin 2009 à la Clinique de la Châtaigneraie à Beaumont (Puy de Dôme), et le lendemain 3 juin 2009 le docteur Elie C., spécialiste en chirurgie digestive, a pratiqué sur sa personne une colectomie sigmoïdienne sous coelioscopie. Cette intervention était justifiée par une sténose inflammatoire de la partie terminale du côlon sigmoïde (partie terminale du côlon).

Des complications sont apparues dans les jours suivant l'opération, ce qui a donné lieu à une nouvelle intervention en urgence le 5 juin 2009 au soir, réalisée elle aussi par le docteur C.. Le lendemain 6 juin 2009, Mme V. a quitté la Clinique de la Châtaigneraie pour être transférée au service de réanimation du C. H.U. de Clermont Ferrand. Mme V. a présenté ensuite des symptômes hémorragiques, elle a été de nouveau opérée, toujours au C. H.U., le 6 juin 2009, puis les 9 et 16 juin 2009, le 1er septembre 2009, puis de nouveau les 1er, 2 et 19 avril 2010, et le 26 juin 2010.

Le 3 juin 2009, Mme V. a fait assigner, devant le juge des référés du tribunal de grande instance de Clermont Ferrand, le docteur C., la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, et son propre organisme d'assurance maladie la C. P.A. M. d. de Dôme, en demandant une expertise médicale, pour déterminer les circonstances et les conséquences des interventions chirurgicales pratiquées sur sa personne.

Le juge des référés a fait droit à cette demande suivant une ordonnance du 28 avril 2010, en désignant comme expert M. le professeur Michel R., spécialiste en chirurgie digestive, expert inscrit sur la liste de la cour d'appel de Lyon. L'expertise a été ensuite étendue aux docteurs Isabelle F. et Pierre T., médecins anesthésistes réanimateurs (ordonnance du 23 février

2011).

L'expert judiciaire a rempli sa mission et établi son rapport le 1er juin 2012.

Il énonce notamment que les diagnostics établis initialement, et les soins dispensés à Mme V. le 3 juin 2009 ont été consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ; qu'en revanche la complication de perforation digestive, apparue dans la nuit du 4 au 5 juin 2009, n'a pas été suivie selon les données de la science et les règles de bonnes pratiques de prise en charge des patients dans les structures d'hospitalisation post opératoires. L'expert estime que, de même, les diagnostics établis et les soins dispensés le 5 juin 2009, y compris la laparotomie réalisée le même jour, n'ont pas été consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science (bien que l'indication d'une laparotomie ait été en elle même conforme à ces données, elle a été faite avec un retard de 10 h. 30, et réalisée de manière fautive).

L'expert ajoute qu'il existe à son avis une relation de causalité directe, certaine et exclusive entre d'une part ces diverses fautes, imputables aux docteurs C., F. et T., ainsi qu'à l'équipe infirmière de la Clinique de la Châtaigneraie et d'autre part, les complications survenues à partir du 6 juin 2009, et qui ont abouti à la dégradation de l'état général de Mme V. Il évalue la part respective des diverses fautes dans la réalisation du préjudice (page 53 du rapport), et fixe notamment à 66,6 % la part des fautes du docteur C..

Le docteur R. expose qu'à la suite de ces fautes, Mme V. a subi un déficit fonctionnel temporaire de 100 % du 6 juin 2009 jusqu'au 27 juin 2011 date de la consolidation, et un déficit fonctionnel de 100 %, depuis cette date. Il évalue les souffrances endurées à 7/7, et le préjudice esthétique temporaire à 6/7.

Mme Elisabeth V. est décédée le 12 novembre 2012.

Par un acte introductif d'instance signifié le 6 août 2014, le mari de Mme V., M. Jean Paul V., et ses deux enfants M. Marc V. et Mme Dominique V. épouse P., ont fait assigner devant le tribunal de grande instance de Clermont Ferrand la Société Clinique de la Châtaigneraie, et les docteurs C., F. et T., en demandant leur condamnation solidaire à leur verser diverses sommes à titre de dommages et intérêts, en réparation des préjudices subis de son vivant par Mme V., et en réparation de leurs propres préjudices, qu'ils déclarent consécutifs aux fautes commises par les défendeurs.

Les demandeurs ont fait appeler en cause la C. P.A. M. d. de Dôme.

Le tribunal de grande instance, suivant un jugement contradictoire du 5 janvier 2016, a rejeté une demande d'annulation du rapport d'expertise, déclaré la Société Clinique de la Châtaigneraie, et les docteurs C., F. et T. solidairement responsables de la dégradation de l'état de santé de Mme V., les a condamnés solidairement à payer diverses sommes aux demandeurs (soit pour leur préjudice personnel, soit en leur qualité d'ayants droits de Mme V. pour le préjudice subi par celle ci), a condamné en outre les quatre défendeurs à payer à la C. P.A. M. d. de Dôme une somme de 747 362,79 euros au titre des ses débours, et a réparti la charge définitive des condamnations à proportion de 25 % pour chacune des quatre personnes jugées responsables.

Mme F., MM. C. et T., et la Société Clinique de la Châtaigneraie ont interjeté appel total de ce jugement, par déclarations reçues au greffe les 2, 12 et 15 février 2016. Les instances ouvertes par ces recours ont été jointes par ordonnances du conseiller de la mise en état, le 8 mars 2016.

Mme F., M. T. et la Société Clinique de la Châtaigneraie concluent en premier

chef au rejet des demandes présentées contre eux, et contestent les fautes retenues par l'expert. À titre subsidiaire, Mme F. et la Société Clinique de la Châtaigneraie contestent les préjudices retenus par le tribunal, préjudices qu'ils estiment ne pouvoir consister qu'en une perte de chance, en raison de l'aléa thérapeutique. M. C. conteste avoir commis une faute lors de l'intervention initiale, déclare s'en rapporter à justice sur l'existence d'une faute à l'occasion de la deuxième intervention qu'il a pratiquée le 5 juin 2009, et déclare que sa part de responsabilité ne saurait excéder les 25 % retenus par le tribunal.

Les consorts V. concluent à la confirmation du jugement pour ce qui concerne les responsabilités, à sa réformation sur le montant de certaines des sommes allouées.

La C. P.A. M. d. de Dôme demande l'entière confirmation du jugement déféré.

L'ordonnance de clôture est intervenue le 3 novembre 2016.

Il est renvoyé, pour l'exposé complet des demandes et observations des parties, à leurs dernières conclusions déposées en cause d'appel, les 25 février, 9 et 18 mai, 10 et 13 octobre 2016.

Motifs de la décision :

I - Le droit :

Selon l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, les professionnels de santé mentionnés en quatrième partie de ce code, ainsi que tous établissements dans lesquels sont réalisés entre autres des actes individuels de diagnostic ou de soins, ne sont responsables des conséquences dommageables de tels actes qu'en cas de faute.

En application de cet article, et de l'article 1147 du code civil, un établissement de soins, et le cas échéant les médecins et chirurgiens ayant agi à titre libéral, dans les locaux et en mettant en oeuvre les moyens du dit établissement, peuvent voir leur responsabilité recherchée, chacun pour la totalité du préjudice consécutif à leurs fautes, lorsque celles ci ont concouru ensemble à la réalisation du préjudice (Cass. Civ. 13 novembre 2013, pourvoi n° 07-15.049).

II - Les faits :

Le tribunal a procédé, en pages 12 à 16 du jugement déféré, à un énoncé synthétique mais complet et précis du contenu du rapport d'expertise.

Il ressort de cet énoncé, et du rapport lui-même, que Mme Elisabeth V., née le 20 mars 1936, a souffert pendant plusieurs mois, dès le début de l'année 2009 selon sa fille Mme Dominique V., d'un écoulement glaireux anal et d'une alternance de diarrhées et de constipations. Une coloscopie pratiquée le 25 mai 2009 par le docteur Hugues F. a révélé une sténose (rétrécissement) infranchissable de la partie basse du côlon sigmoïde ('On bute sur un ensemble inflammatoire et adhérentiel avec diverticulose associée'), diagnostic confirmé le 29 mai 2009 par le docteur C., qui prévoit le même jour une sigmoïdectomie coelio assistée.

Le docteur C. réalise cette intervention le 3 juin 2009, à la Clinique de la Châtaigneraie, l'anesthésie étant pratiquée par le docteur T..

L'intervention, d'une durée d'environ trois heures, se termine vers 11 h. 30. Elle comporte notamment la résection de la totalité du sigmoïde et de la jonction recto sigmoïdienne, et le rétablissement de la continuité intestinale au moyen d'une anastomose (jonction par suture) colorectale mécanique, ainsi que le drainage du flanc gauche et du pelvis au moyen de deux drains de Redon (cf. le compte rendu opératoire, cité en page 27 du rapport d'expertise).

Le lendemain 4 juin 2009, un bilan biologique est effectué, il ne révèle aucune anomalie ; le docteur C., qui passe voir Mme V. vers 17 h. 30, note dans le dossier médical : 'Va bien. Peut boire pour son confort'.

L'état de santé de Mme V. s'aggrave brusquement le 5 juin 2009 : sa fille Mme D., qui se trouve à ses côtés, constate en fin de matinée un écoulement 'sale' au niveau de l'un des drains de Redon, elle voit que sa mère, en début de matinée, commence à être confuse et à délirer (page 8 du rapport d'expertise). L'infirmière chargée de la surveillance avait noté, dès 6 h. 21 du matin ce 5 juin, que la diurèse était à 300 ml, et que le drain de Redon gauche donnait un liquide verdâtre ; le chiffre de 300 ml révèle, de l'avis de l'expert, une chute majeure de la diurèse. À 12 h. 37, l'infirmière responsable note : 'Redon gauche donne de la bile '''' à signaler'. À la même heure, la consigne est donnée d'autoriser les boissons pour le confort, sans qu'aucune référence médicale soit donnée au regard de cette consigne (page 32 du rapport d'expertise).

Le docteur C. constate le même jour une 'infiltration liquidienne de la région latérale gauche et postérieure gauche du pelvis, [] qui semble développée à partir de la région de l'anastomose colo rectale', signes que l'expert rattache à une possible péritonite post opératoire, pouvant elle-même évoquer, à ce stade des examens, une fistule colo rectale précoce.

Le docteur C., lors de la seconde opération qu'il pratique en urgence le même jour 5 juin 2009, à 18 h. 30, constate que la péritonite n'a aucun lien avec l'anastomose colorectale comme il l'avait supposé, mais qu'elle a été provoquée par une plaie punctiforme de l'intestin grêle.

Cette énonciation du docteur C., sur la cause de l'aggravation de l'état de santé de Mme V., apparaît confirmée par l'expert, qui relève d'ailleurs que le compte rendu opératoire du chirurgien ne comporte pas d'explication sur la cause de cette plaie punctiforme ; le professeur R. estime que, en l'absence de tout antécédent propre à Mme V., ou de toute difficulté opératoire lors de l'intervention initiale du 3 juin 2009, la plaie

punctiforme est à rattacher aux gestes chirurgicaux, "cause la plus fréquente d'un tel tableau" : la plaie peut avoir été provoquée soit directement (et être restée inaperçue lors du temps coelioscopique de l'intervention), soit par l'effet d'un arc électrique survenu pendant ce même temps coelioscopique de l'intervention initiale, et qui a provoqué une chute d'escarre précoce, seconde hypothèse que l'expert considère comme la plus probable (page 29 du rapport d'expertise).

La deuxième intervention réalisée le 5 juin 2009 l'a été selon l'expert par une voie d'abord limitée : une incision de laparotomie (ouverture de l'abdomen) médiane sous ombilicale, et sans description de la totalité de l'intestin grêle pendant le temps de l'exploration, voie que l'expert estime insuffisante pour permettre, dans le contexte d'une ré intervention en urgence, une exploration exhaustive de la cavité abdominale et de l'intestin grêle, lequel s'était rétracté du fait de l'inflammation majeure causée par la péritonite : il est ainsi probable, toujours selon l'expert, qu'une seconde perforation est passée inaperçue lors l'intervention en urgence du 5 juin 2009.

À la suite de ce geste chirurgical du 5 juin 2009, Mme V. a présenté un état de choc septique, qui a justifié, le lendemain 6 juin 2009 au matin, son transfert au service de réanimation du C. H.U. de Clermont Ferrand.

Il a été noté par l'infirmière de service, dans la nuit du 5 au 6 juin à 3 h. 30, la présence d'un écoulement bilieux, ce qui selon l'expert constituait un événement majeur révélant une probable fuite digestive, mais qui n'a été ni pris en considération par les médecins de la clinique de la Châtaigneraie, ni semblé t il signalé ensuite aux médecins réanimateurs du service de réanimation du C. H.U. (page 33 du rapport d'expertise).

Le 6 juin 2009 et après une réanimation intensive, Mme V. est réopérée au C. H.U. par le professeur Denis P., qui découvre une seconde perforation punctiforme, au niveau jéjunal,

associée à une nécrose d'environ 60 cm. de l'iléon (troisième partie de l'intestin grêle, entre le jéjunum et le gros intestin), au niveau de la partie distale de l'intestin grêle ; le chirurgien découvre aussi une cholécystite gangreneuse (inflammation de la vésicule biliaire : page 33 du rapport du professeur R.). Il répare la perforation par une suture, et la nécrose de l'iléon par une nouvelle iléostomie, en complétant l'intervention par une cholécystectomie (abouchement de la vésicule biliaire à la peau, pour dériver la bile ou drainer une infection biliaire).

De l'avis de l'expert, la perforation du jéjunum était très probablement déjà présente lors de la deuxième intervention faite le 5 juin 2009 par le docteur C., et permet d'expliquer l'écoulement bilieux constaté dans la nuit suivante, à 3 h. 30 et plus tard dans la nuit ; elle est la cause de la continuation du choc septique, qui a lui même provoqué un bas débit vasculaire au niveau de la partie terminale de l'intestin grêle, et une nécrose de cet intestin sur environ 60 cm.

De nouveaux gestes chirurgicaux ont été réalisés sur la personne de Mme V. au C. H.U., le 9 juin 2009, en urgence, au vu d'un syndrome hémorragique pariétal ; puis le 16 juin suivant, en raison d'une fistule (écoulement pathologique) de l'intestin grêle, associée à une nécrose d'une portion d'iléon, en amont de la stomie précédente (l'intervention ayant consisté en une résection complémentaire de l'iléon, de sorte que la patiente était désormais porteuse de deux stomies de l'intestin grêle, l'une au niveau du jéjunum, l'autre au niveau de l'iléon). La situation s'est ensuite compliquée par la survenue d'une autre fistule au niveau de l'anastomose colorectale réalisée lors de l'intervention initiale du 3 juin 2009, fistule qui fut traitée par la mise en place d'un système d'irrigation en contact.

De nouvelles opérations ont été réalisées aux dates suivantes, toujours au C. H.U. de Clermont Ferrand : le 1er septembre 2009, pour fermer la jéjunostomie afin de limiter les déperditions liquidiennes et caloriques, et faciliter la prise en charge nutritionnelle ; le 1er avril 2010, pour tenter de rétablir la continuité digestive (avec fermeture de l'iléostomie et confection d'une colostomie transverse, mais sans pouvoir en revanche refaire l'anastomose colorectale, étant observé d'ailleurs que l'entérolyse avait été extrêmement difficile, avec une fragilisation de l'intestin grêle à plusieurs niveaux) ; le 2 avril 2010, en urgence, au vu d'une péritonite en rapport avec trois perforations de l'intestin grêle, dont trois furent suturées, perforations résultant de la fragilisation de l'intestin grêle lors de l'intervention du 1er avril ; le 19 avril 2010, en urgence à nouveau, cette nouvelle intervention révélant une autre perforation de l'intestin grêle, traitée par fistulisation dirigée et mise en place d'un pansement aspiratif de type VAC ; le 26 juin 2010, pour résection de l'intestin grêle, anastomose jéjuno iléale et drainage, dernière intervention qui a permis d'obtenir une cicatrisation mais avec des séquelles majeures, sous la forme d'un intestin grêle court (60 à 70 cm).

À la date de l'expertise (le 1er juin 2012), Mme V. n'avait pas pu regagner son domicile, et restait totalement dépendante de soins médicaux et infirmiers spécialisés, qui impliquaient son hospitalisation continue et définitive dans une structure gériatrique spécialisée, fortement médicalisée. Elle était grabataire, privée de toute autonomie, dépendante d'une alimentation quasi complète par la voie parentérale nocturne (l'alimentation par voie orale ne pouvant être que de très faible quantité sur le plan calorique, en raison du syndrome du grêle court), et ne pouvait être mobilisée et verticalisée que dans des circonstances exceptionnelles, au moyen d'un dispositif mécanique d'aide à la mobilisation. Elle présentait des écoulements purulents nauséabonds, permanents, par la partie inférieure de sa cicatrice médiane, nécessitant des soins infirmiers spécialisés pluri quotidiens (page 45 du rapport du professeur R.).

III ' La détermination des causes et des responsabilités :

Soins dispensés avant l'intervention du 5 juin 2009 :

La dégradation définitive de l'état de santé de Mme V., à la suite de l'intervention initiale, est attribuée par l'expert aux suites des deux plaies punctiformes de l'intestin grêle, dont l'une a été

découverte lors de la deuxième intervention pratiquée par le docteur C. le 5 juin 2009, et l'autre lors de la troisième intervention, faite le lendemain 6 juin par le P. au C. H.U. ; l'expert présente, dans ses conclusions, ces deux plaies comme une conséquence certaine de l'intervention initiale ('Au cours de cette intervention initiale, un arc électrique ou une manipulation chirurgicale a été à l'origine de deux plaies de l'intestin grêle' : page 50 du rapport R.).

Aucune des parties ne conteste cette affirmation de l'expert, qui sera tenue pour fondée.

L'expert précise que ces deux plaies, cause première du préjudice, constituent une complication inhérente à ce type d'intervention, qu'elles se

rattachent à l'aléa thérapeutique, et ne peuvent être attribuées à une négligence ou une faute.

Il ajoute qu'il est en revanche possible de caractériser une mauvaise organisation de la Clinique de la Châtaigneraie, ayant concouru à l'altération de l'état général de Mme V. : les infirmières ont constaté, dès 6 h 21 le matin du 5 juin 2009, que l'état clinique de la patiente se dégradait, vu les anomalies majeures qui laissaient suspecter de graves complications (chute majeure de la diérèse et écoulement de liquide digestif par l'un des drains de Redon), anomalies que les infirmières ont notées dans l'ordre chronologique sur la fiche de relève infirmière, mais sans qu'aucune décision soit prise aussitôt. Le docteur C. n'a pas fait de consultation dans le service le matin, et n'a donc pas pris la mesure de la complication qui apparaissait ; le docteur T. n'a pas non plus fait de consultation dans le service ce même matin du 5 juin 2009, croyant que ce travail avait été fait par le docteur C. ; et il ne semble exister dans la clinique, toujours selon l'expert, aucun document écrit, aucune procédure d'organisation écrite des soins, fixant les responsabilités de chaque groupe professionnel et les règles de transmission de l'information en cas d'urgence, les infirmières paraissant livrées à elles mêmes pour la détection des anomalies, l'analyse de leur gravité et leur signalement, alors que telles fonctions ne relèvent pas de leurs compétences (page 51 du rapport d'expertise). Une telle organisation collective n'est pas, de l'avis de l'expert, conforme aux données acquises de la science, et aux règles de bonnes pratiques de prise en charge des patients dans les structures d'hospitalisation.

Ce défaut d'organisation a provoqué, selon l'expert, un retard de prise en charge d'environ 10 heures et 30 minutes, en ce qui concerne la péritonite généralisée qui affectait Mme V. Le professeur R. estime que ce défaut d'organisation est résulté d'une négligence conjointe des infirmières de la Clinique de la Châtaigneraie, du docteur C. et du docteur T..

La S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie se défend d'une quelconque faute, aux motifs que la constatation d'une complication ne relève pas du rôle des infirmières, comme l'a reconnu l'expert, mais de celui des médecins, qui selon elle se sont montrés défaillants, en omettant de rencontrer la patiente dans la matinée du 5 juin 2009, alors que, selon le contrat conclu entre la clinique et les médecins, ces derniers exercent leur art sous leur seule responsabilité et en toute indépendance, de sorte qu'elle ne pouvait, sans porter atteinte à leur indépendance, leur imposer un 'planning' ou des horaires de visite aux patients hospitalisés.

Le docteur C. et le docteur T. font essentiellement valoir que la cause première du préjudice est constituée des lésions punctiformes survenues sur l'intestin grêle lors de l'intervention initiale du 3 juin, cause accidentelle non fautive, qui ouvre droit pour les consorts V. à une indemnisation par la solidarité nationale, en application de l'article L. 1142-1- II du code de la santé publique. Ils contestent d'ailleurs avoir commis une quelconque faute lors du suivi de l'opération initiale, et soulignent que les signes évoquant une aggravation de l'état clinique de Mme V. (écoulement de liquide digestif et douleurs abdominales), bien que détectés par les infirmières dès 6 h 21 le 5 juin, n'ont pas été portés immédiatement à leur connaissance, et que par la suite le docteur C., lorsqu'il a vu Mme V. le même jour à 15 h 50, a prescrit aussitôt des examens complémentaires, puis, au vu de leur résultat confirmant la suspicion de péritonite, a organisé en urgence la nouvelle intervention qui s'imposait. Et ils rejettent la responsabilité du retard sur les

infirmières, et sur la Clinique de la Châtaigneraie.

Le docteur C. ajoute qu'il est matériellement impossible aux chirurgiens de rencontrer tous les matins leurs patients hospitalisés (ils sont le plus souvent au bloc opératoire dès 7 heures du matin, ou en consultation), et qu'il n'était pas anormal qu'il se soit abstenu de voir Mme V. le matin du 5 juin, dès lors que l'intervention s'était déroulée sans difficulté particulière, et que les infirmières ne lui avaient rien signalé de particulier.

Le docteur T. déclare qu'il n'était pas, lui non plus, tenu de passer voir Mme V. le matin ; il souligne qu'il n'a été informé de l'aggravation de l'état de santé de la patiente que le 6 juin au matin, et non le 5 juin comme l'a retenu le tribunal.

Les éléments ainsi débattus permettent à la cour de porter les appréciations suivantes :

L'existence d'une cause initiale non fautive (les lésions punctiformes de l'intestin grêle, survenues au cours de l'intervention initiale), ouvrant droit à réparation par la solidarité nationale, en application de l'article L. 1142-1- II du code de la santé publique, n'interdit pas aux consorts V. de rechercher la responsabilité des auteurs de fautes médicales, ayant concouru, avec l'accident initial et après lui, à la réalisation du préjudice : chacun des auteurs de ces fautes doit répondre s'il y a lieu de la totalité du préjudice, sauf son recours contre les autres responsables.

Aucune des parties ne conteste que l'intervention faite dans la soirée du 5 juin 2009 l'a été avec retard, et qu'elle aurait dû être pratiquée plus tôt dans la journée, au vu des signes cliniques évoquant une aggravation, apparus dès le matin puisque notés à 6 h 21. Il est certain que ce retard, dont la durée évaluée par l'expert n'est pas discutée (10 h 30), a présenté le caractère d'une négligence fautive ; il est encore certain qu'il a concouru à la réalisation du préjudice, ne fût ce que la perte de chance, pour Mme V., d'une évolution et d'un résultat favorables à l'intervention initiale, ainsi qu'il sera examiné ci après.

La S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie a sans nul doute participé à cette faute de négligence : s'il est vrai qu'elle ne détient aucun pouvoir de direction sur les médecins, qui exercent en son sein à titre libéral, la clinique se devait cependant de donner au personnel infirmier, placé sous sa subordination, toutes directives pour qu'il informe, à son initiative, les médecins de l'évidente aggravation de l'état clinique de Mme V. L'article D. 6124-91 du code de la santé publique oblige d'ailleurs les établissements de santé à assurer une surveillance continue après les interventions chirurgicales faites sous anesthésie générale, et une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées. Or l'expert relève l'absence de toute procédure, instituée dans les services de la clinique, sur la surveillance des patients et sur la procédure de transmission des informations, reproche à l'encontre duquel la Clinique de la Châtaigneraie ne présente aucun élément de preuve. Sa responsabilité apparaît donc engagée.

Sur le rôle des médecins : l'expert, répondant à un dire présenté au vu de son pré rapport dans l'intérêt du docteur C., précise qu'il est parfaitement connu que la situation post opératoire, après un geste de chirurgie digestive ayant entraîné une résection intestinale avec suture digestive, est une situation à risque élevé de complications aiguës, que par définition la survenue d'une complication n'est pas prévisible pour tel ou tel patient, que l'on peut tout au plus définir un risque de survenue, que par exemple le risque de survenue d'une fuite anastomotique sur une anastomose colorectale, du type de celle confectionnée par le docteur C. pour Mme V. le 3 juin 2009, est évalué à 3 %, et que toutes les

équipes médicales et tous les établissements de santé doivent mettre en place une organisation permettant de contrôler en permanence l'état de santé du patient opéré, afin que les décisions médicales qui s'imposent puissent être prises en temps utile (pages 70 et 71 du rapport).

Cet avis d'expert, de portée générale, n'est contredit par aucun autre avis autorisé, extérieur aux

parties ; il sera tenu pour pertinent et fondé, en ce qu'il affirme le risque élevé de complications dans le cas d'interventions telles que celle effectuée sur la personne de Mme V., et la nécessité générale d'une organisation permettant un contrôle permanent des patients opérés, organisation qui incombe aussi aux médecins. Le docteur T. lui-même a d'ailleurs reconnu que selon la pratique suivie à la Clinique de la Châtaigneraie, 'le plus souvent les chirurgiens font le tour dans le service deux fois par jour, une fois le matin et une fois l'après midi', et que les anesthésistes passent dans le service, notamment pour voir les personnes opérées.

Dans le cas particulier, il est incontesté qu'aucun des deux médecins (le chirurgien et l'anesthésiste) n'a rencontré Mme V. dans la matinée du 5 juin 2009, à l'encontre de la pratique suivie dans la clinique ; cette absence de toute visite, et de toute coordination entre les deux médecins, pour que l'un d'eux au moins rencontre dès le matin la personne opérée l'avant veille, alors que la situation de l'intéressée comportait des risques élevés, a constitué une négligence fautive de la part de l'un et de l'autre, faute qui a contribué, avec celle de la clinique, au retard d'intervention ci avant constaté.

Intervention du 5 juin 2009 :

Selon le professeur R., on peut reprocher au docteur C. de ne pas s'être donné tous les moyens de réaliser une exploration exhaustive de la cavité abdominale et de l'intestin grêle, au moment de la deuxième intervention qu'il a pratiquée en urgence le soir du 5 juin 2009 : l'expert précise que le docteur C. a utilisé une voie d'abord limitée à la région sous ombilicale, ce qui a forcément conduit à une limitation de l'examen de l'intestin grêle, et a conduit à méconnaître l'une des deux perforations ou pré perforations, celle affectant le jéjunum, qui était pourtant manifeste dans les heures qui ont suivi l'intervention : elle pouvait être décelée par l'écoulement bilio digestif au niveau d'une des lames de drainage. L'expert ajoute que l'absence de laparotomie xypho pubienne lors de cette ré intervention en urgence, dans un contexte de péritonite post opératoire par perforation de l'intestin grêle, caractérise une négligence de la part du chirurgien (pages 51 et 52 du rapport d'expertise). Il précise que cette laparotomie xypho pubienne était nécessaire pour pouvoir examiner le tube digestif sur toute sa longueur, depuis l'estomac jusqu'au rectum, examen qui était lui-même nécessaire, au vu des indices de perforations, qui constituent un risque connu de la chirurgie coelioscopique (page 48).

Le docteur C. déclare s'en remettre à l'appréciation de la cour, quant à l'analyse de sa responsabilité résultant de l'intervention du 5 juin 2009, tout en soulignant qu'elle ne saurait selon lui excéder 25 %. Il ne contredit pas les énonciations précises et cohérentes faites par l'expert, selon lesquelles la méconnaissance de la perforation du jéjunum' méconnaissance en elle-même certaine, puisque cette perforation n'a été découverte qu'au cours d'une troisième intervention faite le 6 juin au C. H.U. -, est résultée de la faute ci avant décrite, qui constitue un manquement du chirurgien à l'obligation de dispenser des soins consciencieux et attentifs, conformes aux données acquises de la science. Il convient donc de retenir une deuxième faute de ce chef, à l'encontre du docteur C..

Soins postérieurs à l'intervention du 5 juin 2009 :

Les infirmières du service de soins continus de la Clinique de la Châtaigneraie ont constaté dans la nuit du 5 au 6 juin 2009, à 3 h. 30, la réapparition d'un écoulement bilio digestif. Elles ont porté ce fait à la connaissance du docteur F., anesthésiste de garde ('Liquide de lame séro sanglant, puis brutalement aspect bilieux vers 3 heures et 30 minutes : vue par le docteur F.' : note inscrite sur la fiche de relève infirmière, citée en page 33 du rapport d'expertise). Il s'agissait, énonce l'expert, d'une complication majeure anormale dans le contexte post opératoire de Mme V. Cette complication était liée à la poursuite du choc septique, et à la continuation de l'aggravation de l'état clinique de la patiente, alors que la deuxième intervention réalisée par le docteur C. le 5 juin 2009 aurait dû stabiliser et améliorer cet état (page 49 du rapport d'expertise) ; cette complication majeure n'a pas été prise en considération par le docteur

F., qui n'en a pas tenu informé le chirurgien de garde, alors qu'elle impliquait une nouvelle intervention en urgence, avant que la situation clinique et hémodynamique de Mme V. ne devienne incontrôlable.

Le docteur F. conteste avoir commis la faute retenue par l'expert, et fait valoir d'une part que la notion d'urgence apparaît discutable, dès lors que le docteur C. avait lui-même tardé à intervenir le 5 juin, et que le professeur P., qui a ensuite réalisé au C. H.U. l'intervention du 6 juin, ne l'a effectuée qu'à 22 heures, alors que Mme V. était arrivée au C. H.U. dès 10 h. du matin ; et d'autre part, que le docteur F. était 'en droit de penser' que le chirurgien avait fait le 5 juin un travail de réparation de qualité, et qu'elle n'allait pas imaginer qu'il y avait une autre fuite et que le liquide s'écoulant par le drain était celui d'une fuite intestinale', la couleur de ce liquide étant semblable à celle d'un écoulement de sérum bétadiné (celui ayant servi lors de l'intervention), mêlé à des sérosités sanglantes. Le docteur F. ajoute que 'la priorité des priorités', pour l'anesthésiste réanimateur, est de maintenir les constantes vitales, en s'assurant de la bonne hydratation et de la bonne oxygénation.

Cependant, et ainsi que l'expert l'a énoncé en pages 81 et suivantes de son rapport, l'infirmière avait elle-même parfaitement relevé l'aspect 'bilieux' de l'écoulement, vers 3 h. 30 dans la nuit du 5 au 6 juin, elle en a aussitôt averti l'anesthésiste de garde en la personne du docteur F., ce qui souligne que selon l'expert, le liquide d'écoulement qui était est devenu brusquement bilieux, et a donc changé de couleur : ce signe qui a alerté l'infirmière aurait dû alerter le médecin anesthésiste. Le professeur R. souligne que le docteur F., en sa qualité, ne pouvait se livrer lui-même à des interprétations sur l'origine de l'écoulement, qui ne se relevaient pas de son domaine de compétence : elle aurait dû faire appel au chirurgien d'astreinte pour qu'il se déplace et donne son avis de spécialiste sur l'écoulement, dont le caractère bilieux ne lui aurait certainement pas échappé (page 83 du rapport d'expertise).

L'expert, au terme d'une discussion rigoureuse et cohérente, elle-même précédée d'un examen très minutieux des éléments de fait, énonce que la négligence du docteur F. a été, elle aussi, à l'origine d'un retard qui a fait perdre à Mme V. 'de précieuses heures dans la prise en charge en urgence', et a été ainsi à l'origine d'une altération considérable de l'état général de la patiente, parmi une 'incroyable succession de négligences et de fautes de la part des différents pourvoyeurs de soins' (page 83 du rapport).

Le docteur F., pas davantage que les deux autres médecins en cause, ne produit d'avis autorisé, qui contredirait celui donné par le professeur R.. Il convient d'adopter l'avis de l'expert, et de retenir que la faute de négligence du médecin anesthésiste, par le retard de plusieurs heures qu'elle a provoqué, a concouru elle aussi à la dégradation irréversible de l'état clinique de Mme V..

Il n'est d'ailleurs pas prétendu, et il ne résulte pas des débats que les soins reçus par Mme V. à partir de son admission au C. H.U. de Clermont Ferrand le 6 juin 2009, aient participé de quelque manière à la réalisation du préjudice.

Il convient donc, comme l'a fait le tribunal, de déclarer la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, et les docteurs C., F. et T., responsables des conséquences dommageables des fautes susdites, responsabilité qui leur incombe in solidum, et non solidairement comme l'a prononcé le tribunal.

Celui ci a réparti la charge définitives des condamnations de manière égale entre les quatre responsables, en énonçant que leurs fautes respectives apparaissaient d'une gravité équivalente.

L'expert, en revanche, a partagé les responsabilités par fractions inégales : il a d'abord évalué la part respective des différentes fautes dans la réalisation du préjudice : 20 % pour le retard de 10 h 30 à

effectuer la ré intervention du 5 juin ; 60 % pour les fautes commises par le chirurgien lors de cette deuxième intervention ; et 20 % pour la négligence de l'anesthésiste, dans la nuit du 5 au 6 juin. Il a ensuite attribué à chacun la part de sa responsabilité, selon sa participation à chacune de ces fautes : 6,66 % à chacun, pour la clinique et pour le docteur T. (tenus pour responsable à concurrence d'un tiers chacun du retard initial) ; 66,66 % pour le docteur C. (responsable lui aussi pour un tiers du retard initial, outre sa responsabilité propre lors de la deuxième intervention) ; et 20 % pour le docteur F..

Les manquements constatés apparaissent d'ampleurs différentes, comme l'a justement énoncé l'expert, et il convient d'attribuer à chacun de leurs auteurs une part de responsabilité proportionnée à la gravité respective de ses manquements, et à leur rôle dans la réalisation du préjudice. Il convient, comme l'a fait l'expert, d'imputer une part de responsabilité prépondérante au docteur C., au vu des deux fautes susdites, et plus particulièrement de celle commise lors de l'intervention du 5 juin 2009 : cette part sera globalement fixée, au regard de ces éléments, à 60 %. La part de responsabilité des autres personnes fautives sera quant à elle fixée, au vu des éléments de la cause, à 15 % pour la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, à 15 % pour le docteur F., et à 10 % pour le docteur T.. Le jugement, ayant divisé en parts égales la charge définitive de l'obligation d'indemniser qui incombe aux responsables, sera donc infirmé sur ce point.

IV' Les préjudices :

Bien que l'expert ait estimé que l'atteinte définitive à l'état général de Mme V. était une conséquence directe, certaine et exclusive des fautes susdites, il apparaît qu'en réalité la cause première de cette atteinte réside dans les plaies punctiformes de l'intestin grêle survenues lors de l'intervention initiale, plaies qui relevaient, selon l'expert lui même, de l'aléa thérapeutique, sans pouvoir être imputées à faute au chirurgien : les fautes commises après cette intervention, ci avant relevées, ne peuvent donc être qualifiées de cause unique de l'atteinte subie par Mme V..

Le préjudice dont il est demandé réparation réside, ainsi que le font valoir les intimés, dans la perte, subie par Mme V., d'une chance d'obtenir un rétablissement de son état de santé, et une guérison complète à l'issue des soins qui lui ont été prodigués après les lésions initiales, si ces soins avaient tous été normalement attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science.

La succession de fautes relevée par l'expert, qu'il a qualifiée d'incroyable, justifie que le préjudice constitué de cette perte de chance soit fixé à 90 % du préjudice corporel final subi par Mme V..

Il convient donc d'apprécier l'ampleur de chacun des éléments du préjudice final, pour fixer ensuite la perte de chance indemnisable en appliquant à chacun des ces éléments la fraction ci avant retenue, et pour condamner les responsables au paiement des indemnités ainsi fixées.

Préjudices de Mme Elisabeth V. :

Le tribunal a fixé les préjudices patrimoniaux de Mme V. à 358,35 euros pour les frais de télévision et de téléphone pendant l'hospitalisation, à 390,92 euros pour les frais d'aide ménagère exposés de janvier à mars 2010, et à 4 428 euros pour les frais d'aide par une tierce personne.

Les consorts V., agissant en leur qualité d'ayants droit de Mme V., réitèrent leur demande portant sur la somme de 358,35 euros, demande qui n'est pas contestée et à laquelle il sera fait droit. Ils concluent aussi à la confirmation du jugement, en ce qu'il a accueilli leur demande de 390,92 euros, demande cependant contestée par la Clinique de la Châtaigneraie, au motif que cette dépense n'est en lien ni direct ni certain avec l'invalidité de Mme V.. Les consorts V. justifient toutefois de la réalité de cette dépense, au moyen d'une attestation du C. C.A. S.

de la ville de Chamalières ; il apparaît d'ailleurs que ces frais ont été exposés pour l'aide apportée à son domicile à Mme V. de janvier à mars 2010, donc pendant la période de son invalidité consécutive aux fautes ci dessus énoncées. Ce chef de préjudice sera retenu.

Le tribunal a fixé à 4 428 euros les frais d'assistance temporaire par une tierce personne, et les consorts V. demandent de ce chef une somme de 45 108 euros, pour l'aide que les proches de Mme V. lui ont apportée, soit pendant la période où elle était hospitalisée en centre médicalisé (aide qu'ils évaluent sur la base 3 heures par jour), soit pendant la période de son hospitalisation à domicile (sur la base de 8 heures par jour). Les docteurs C. et T., et la Clinique de la Châtaigneraie contestent ce chef de demande, au motif que Mme V. a bénéficié pendant les périodes de son hospitalisation, que ce soit en établissement ou à son domicile, de toute l'assistance qui lui était nécessaire de la part des professionnels de santé, assistance que la C. P.A. M. a d'ailleurs fait figurer parmi ses débours.

Il apparaît que le tribunal, en admettant le principe de ce préjudice, mais en le limitant à la seule période où l'hospitalisation à domicile était justifiée (du 12 janvier au 23 mars 2010), à l'exclusion des séjours en centre hospitalier ou en centre médicalisé (lors desquels Mme V. était

entièrement prise en charge par l'établissement), puis en fixant l'indemnisation sur la base de trois heures par jour et d'un taux horaire de 18 euros, a pris la juste mesure de la réalité et du montant de ce chef de préjudice ; le jugement sera confirmé sur ce point.

Le tribunal a d'ailleurs rejeté à bon droit les demandes des consorts V portant sur des frais de déménagement exposés en février 2011, et sur des frais de location d'un logement au nom de Mme V. à partir de ce même mois, dépenses en elles mêmes certaines (cf. les pièces n° 8 produites par les intimés), mais dont il n'est pas établi qu'elles soient une conséquence nécessaire de l'état de santé de Mme V., ainsi qu'il est énoncé dans le jugement, dont la cour adopte la motivation, et qui sera confirmé sur ce chef.

Les consorts V. demandent l'allocation d'une somme totale de 6 129 euros sous l'intitulé de dépenses de santé actuelles, pour des frais d'hospitalisation restés à charge de Mme V., de juin à octobre 2009 et de mars 2010 à novembre 2011 (2 864 euros), et pour des frais qui lui ont été facturés lors de son séjour au Centre de convalescences de Chanat d'octobre 2009 à janvier 2010 (3 265 euros). Le tribunal a rejeté cette demande au motif que les demandeurs ne contestaient pas les affirmations de leurs adversaires, selon lesquelles la C. P.A. M. avait pris à charge la totalité des frais de santé de Mme V. à partir du 30 mars 2010, et qu'ils ne donnaient aucune réponse à l'objection des défendeurs selon laquelle ces mêmes frais ont pu être pris en charge par une société d'assurance mutuelle complémentaire ' motivation reprise en cause d'appel par les appelants, qui concluent au rejet de cette demande.

Cependant les consorts V. affirment que les frais dont ils demandent réparation sont restés à la charge personnelle de Mme V. ou de ses proches, sans prise en charge par l'organisme d'assurance maladie de base, ou par une assurance ou une mutuelle complémentaire ; le relevé de débours de la C. P.A. M., s'il comporte des frais d'hospitalisation pris en charge pour les deux périodes visées par la demande, ne permet pas d'exclure que d'autres frais ' tel que le forfait journalier ' soient restés à la charge personnelle de Mme V. ; les consorts V. présentent comme pièces justificatives des avis de sommes à payer, émis par le C. H.U. de Clermont Ferrand au nom de Mme V. ou de son mari, pour le forfait journalier afférent aux périodes du 30 mars au 26 novembre 2010 et du 6 juin au 27 octobre 2009, le premier de ces avis portant une annotation manuscrite selon laquelle la somme demandée fut payée par chèque le 7 février 2011. Il apparaît, au vu de ces documents, que ces sommes ont bien été payées par Mme V. ou par ses proches, sans prise en charge par la C. P.A. M. s'agissant du forfait journalier, et qu'il ne peut être exigé des demandeurs à l'indemnisation qu'ils justifient d'une absence de prise en charge par un organisme complémentaire ou par un assureur, preuve d'un fait négatif, donc impossible à rapporter. Le tribunal, en refusant de faire droit à cette demande, au motif d'une possible prise en charge à titre

complémentaire, s'est fondée sur une simple hypothèse, alors qu'il incombait aux défendeurs, pour résister utilement à la demande, de rapporter eux mêmes la preuve d'une prise en charge effective par un organisme complémentaire.

Les mêmes observations doivent être faites sur les frais afférents au séjour de Mme V. dans le centre de Chanat, ayant donné lieu à l'émission de quatre factures, qui distinguent la partie des frais remboursée, de celle restant à charge de l'assurée, et qui seule lui était facturée ; là encore, rien ne permet d'affirmer que cette partie facturée ait été remboursée par une assurance ou mutuelle complémentaire.

Il convient d'accueillir ces chefs de demande, à hauteur de la somme globale de 6 129 euros, pour les frais facturés par le C. H.U. et par le centre de Chanat.

Les consorts V. demandent une somme de 28 116,97 euros sous l'intitulé de 'dépenses de santé futures', pour des frais exposés lors des périodes d'hospitalisation écoulées après la date de consolidation, fixée par l'expert au 27 juin 2011.

Le tribunal a rejeté cette demande pour le même motif que pour celle relative aux frais antérieurs à la consolidation, et les appelants concluent à la confirmation du jugement, en faisant valoir que Mme V. a bénéficié d'une prise en charge de la C. P.A. M. à 100 % à compter du 30 mars 2010.

De même que pour les frais antérieurs à la consolidation, les demandeurs produisent des avis de sommes à payer délivrés par le C. H.U., pour le recouvrement à l'encontre de Mme V. de frais d'hébergement restés à charge de celle ci. Ces avis à payer précisent que les sommes demandées sont fixées après déduction de la prise en charge de l'organisme d'assurance maladie, prise en charge certes opérée à 100 % du tarif de responsabilité, mais dans la limite de ce tarif, ce qui n'exclut pas que l'assurée ait supporté d'autres frais, non compris dans ledit tarif ' ce qui apparaît avoir été le cas des frais en cause. Il convient d'accueillir ce chef de demande, pour le montant laissé charge de l'assurée, soit au vu des factures une somme totale de $1\ 147,75 + 800 + 1\ 725,15 + 1\ 669,50 + 1\ 725,15 + 1\ 669,50 + 1\ 725,15 + 1\ 725,15 + 1\ 613,85 + 1\ 725,15 + 1\ 669,50 + 1\ 727,32 + 1\ 671,60 + 1\ 727,32 + 1\ 727,32 + 1\ 671,60 + 1\ 727,32 + 668,64 = 28\ 116,97$ euros.

Le tribunal a évalué le déficit fonctionnel temporaire total, d'une durée de 751 jours (du 6 juin 2009 au 27 juin 2011) sur la base de 22 euros par jour, évaluation critiquée par les intimés, qui demandent qu'elle soit portée à 25 euros par jour, et par les appelants qui demandent au contraire qu'elle soit réduite à 20 euros par jour. La fixation faite par le tribunal apparaît correspondre à une appréciation juste et intégrale de ce préjudice, elle sera donc confirmée ($751 \times 22 = 16\ 522$ euros).

Les souffrances endurées, quantifiées par l'expert à 7/7, ont été en effet extrêmement importantes, en raison notamment de l'état grabataire en situation permanente d'hospitalisation ou de convalescence, des neuf interventions chirurgicales, et de la période lors de laquelle ces souffrances ont été endurées, jusqu'à la consolidation intervenue le 27 juin 2011, soit plus de deux ans après les premières interventions. Le tribunal a fixé à bon droit ce chef de préjudice, d'une ampleur exceptionnelle y compris sur le plan psychologique, à la somme de 100 000 euros.

Les consorts V. demandent à voir fixer le déficit fonctionnel permanent à 250 000 euros, demande accueillie en totalité par le tribunal, et contestée par les parties appelantes, au motif qu'elle ne correspond pas à l'application de la valeur du point de déficit fonctionnel, et du barème de capitalisation, selon l'espérance de vie de la victime.

Le tribunal a déterminé la valeur du déficit fonctionnel en se fondant sur un déficit de 100 %, et d'un point de déficit de 2 500 euros, compte tenu de l'âge de la victime au moment de la consolidation.

Les appelants demandent que ce déficit soit, au contraire, calculé pour la seule période écoulée entre

la consolidation et le décès de Mme V. (512 jours) : le calcul que propose notamment la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie se fonde sur le point d'incapacité fixé par le barème indicatif en usage (soit 2 375 euros dans la cas de de Mme V. , vu son âge à la date de consolidation, et le taux de déficit), divisé par le nombre d'années d'espérance de vie de la victime (10,036 ans selon le barème de capitalisation), puis rapporté au nombre d'années de la durée de vie ayant suivi la consolidation (512/365, ou 1,40 an), soit un résultat de $[(2\ 375 \times 100) : 10,036] \times (512/365) = 32\ 741,72$ euros (ou 33 195,56 euros selon le calcul opéré par la cour), somme arrondie à 33 000 euros.

Ainsi que le font valoir les appelants, dans le cas où la victime est décédée au moment de la décision, les héritiers ne peuvent demander en son nom l'indemnisation du déficit permanent que pour la période écoulée entre la date de consolidation et le décès (Cass. Civ. 2ème 7 février 2013, pourvoi n° 12-13081).

Le mode de calcul suggéré par la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie se fonde sur les barèmes habituellement appliqués, il apparaît cohérent, et aboutit à une indemnisation justement fixée pour la période comprise entre la consolidation de l'état de santé de Mme V. le 27 juin 2011, jusqu'à son décès le 12 novembre 2012 (soit une durée qui a d'ailleurs été, selon le calcul opéré par la cour, de 503 jours). Il convient par suite de fixer ce chef de préjudice à la somme de 33 000 euros, comme le propose la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie.

Les consorts V. demandent ensuite l'allocation des sommes de 20 000 et de 80 000 euros, au titre du préjudice esthétique temporaire, subi avant la consolidation, et de celui enduré à titre permanent à partir de cette date. Il est rappelé que l'expert a estimé le préjudice esthétique temporaire à 6/7, et le préjudice esthétique permanent (après consolidation) à 7/7, eu égard, pour le premier, aux multiples stomies (ouvertures créées pour l'évacuation des selles) sur l'intestin grêle et le côlon, aux multiples cicatrices, à la survenue d'écoulements purulents et bilio digestifs par l'incision médiane et par les orifices de drainage ; et, pour le second (préjudice esthétique permanent), à l'altération majeure de la paroi abdominale, éviscérée sur la quasi totalité des incisions de laparotomie médiane, à l'aspect très disgracieux des cicatrices (avec, sur la partie inférieure de la cicatrice sous ombilicale, un orifice béant d'environ 5 ou 6 cm. de diamètre, purulent et nauséabond), le port d'une poche vidangeable pour le recueil des selles liquides, une amyotrophie très importante (atrophie des muscles), le port d'une tenue d'hôpital (Mme V. ne pouvant se vêtir d'habits ordinaires), et le port en permanence de gamitures de recueil des urines, provoquant elles aussi des odeurs désagréables.

Il convient au vu de des éléments de fixer le préjudice esthétique temporaire et le préjudice esthétique permanent aux sommes respectives de 30 000 et de 40 000 euros.

Les consorts V. demandent 10 000 euros au titre du préjudice d'agrément, pour lequel la juridiction de première instance leur a alloué 1 500 euros ; ils font valoir que l'expert a retenu l'existence de ce préjudice, en relevant que Mme V. pratiquait la marche en montagne, le jardinage et l'entretien d'espaces verts de son domicile, alors que l'altération majeure de son état de santé lui a définitivement interdit toute activité physique. Les appelants contestent l'existence même de ce préjudice, faute de preuve que la victime exerçait auparavant une ou plusieurs activités de loisirs déterminées. Il ne peut être, en effet, accordé réparation de ce chef que lorsque la preuve est rapportée de la privation d'une activité de loisir précise, elle même dûment établie. Les consorts V. ne rapportent pas une telle preuve, il n'y a donc pas lieu à dommages et intérêts sur ce chef de demande.

Les intimés demandent réparation des frais d'assistance d'une tierce personne pendant la période d'invalidité permanente, donc après la consolidation, préjudice qu'ils évaluent à 36 288 euros, et qui est contesté par les appelants. Or il apparaît que Mme V. est restée constamment hospitalisée depuis la consolidation jusqu'à son décès, qu'elle a donc été prise en charge par le personnel hospitalier pendant cette période, et que, comme pour les périodes d'hospitalisation

antérieures à la consolidation, elle n'a pas eu à bénéficier d'une assistance nécessaire et habituelle par des personnes de sa famille. Ce chef de demande sera rejeté.

Il est certain en revanche que Mme V. a souffert d'un préjudice permanent exceptionnel, par le fait qu'elle a dû séjourner définitivement en milieu hospitalier, sans possibilité de reprendre la vie à son domicile. Ce préjudice exceptionnel justifie l'allocation de la somme de 30 000 euros demandée de ce chef.

Il sera donc alloué aux consorts V. ès qualités, pour tenir compte de la perte de chance, les sommes de :

- $358,35 \times 90\% = 322,51$ euros pour les frais de télévision et de téléphone ;
- $390,92 \times 90\% = 351,83$ euros pour les frais d'aide ménagère ;
- $4\ 428 \times 90\% = 3\ 985,20$ euros pour les frais de tierce personne ;
- $6\ 129 \times 90\% = 5\ 516,10$ euros pour les frais d'hospitalisation exposés avant la consolidation ;
- $28\ 116,97 \times 90\% = 25\ 305,27$ euros pour les frais d'hospitalisation exposés après la consolidation ;
- $16\ 522 \times 90\% = 14\ 869,80$ au titre du déficit fonctionnel temporaire total ;
- $100\ 000 \times 90\% = 90\ 000$ euros au titre des souffrances endurées ;
- $30\ 000 \times 90\% = 27\ 000$ euros au titre du préjudice esthétique temporaire ;
- $33\ 000 \times 90\% = 29\ 700$ euros au titre du déficit fonctionnel total permanent ;
- $40\ 000 \times 90\% = 36\ 000$ euros au titre du préjudice esthétique permanent ;

- $30\,000 \times 90\% = 27\,000$ au titre du préjudice permanent exceptionnel.

Les frais de télévision, de téléphone, d'aide ménagère et d'aide par une tierce personne seront regroupés sous l'intitulé de frais divers, pour un total de $322,41 + 351,83 + 3\,985,20 = 4\,659,54$ euros.

Préjudices des conjoints V. :

Le mari de Mme V., et chacun de ses deux enfants, demandent une somme de 10 000 euros, au titre du préjudice de fin de vie, pour le retentissement psychologique qu'ils ont subi en accompagnant leur épouse et mère après que son état se soit gravement dégradé, et jusqu'à son décès. Ce chef de préjudice est contesté dans son principe par les appelants (sauf la Clinique de la Châtaigneraie), il a cependant été admis par le tribunal, qui l'a fixé à 5 000 euros pour chacun des trois demandeurs.

Ceux ci demandent d'autre part les sommes de 30 000 euros (pour le mari) et de 18 000 euros (pour chacun des deux enfants), au titre du préjudice d'affection, qu'ils ont subi par suite soit du décès de Mme V., décès qu'ils déclarent être consécutif aux fautes ci dessus énoncées, ou soit, en tout cas, du lourd handicap dont la victime est restée atteinte.

La preuve n'est pas rapportée que le décès de Mme V. soit résulté de la grave dégradation de son état de santé, elle même liée aux fautes des médecins et de la clinique ; s'il est a priori très probable que cette dégradation a au moins concouru au décès, la preuve médicale n'en est pas établie.

Les proches de Mme V. ne peuvent donc demander d'indemnisation pour les conséquences de ce décès. Ils sont bien fondés en revanche à demander réparation pour le retentissement psychologique qu'ils ont subi du fait du handicap de la victime, retentissement qui se confond, en fait, avec le préjudice d'affection : il y a donc lieu d'allouer, au vu des éléments d'appréciation présentés, et sous la dénomination de préjudice d'affection, une somme globale de 20 000 euros de ce chef au conjoint, et une somme de 15 000 euros à chacun des enfants majeurs.

Mme Dominique V. épouse P. et M. Jean Paul V. demandent les sommes respectives de 8 078,41 et de 3 350,48 euros, en réparation des frais de déplacements qu'ils ont exposés pour se rendre auprès de Mme Elisabeth V., pendant le temps de son invalidité. Le tribunal a fait droit à ces demandes de ce chef dans la limite de 2 500 euros chacune, en relevant les justificatifs et de comptes précis ; et les appelants contestent tout droit à indemnisation des demandeurs, faute d'éléments probants.

Ce préjudice apparaît certain dans sa réalité même, n'étant pas contesté que les enfants et le mari de Mme V. se sont déplacés un certain nombre de fois auprès de celle ci, pendant les quelque trois années et cinq mois qu'a duré son invalidité totale, depuis les interventions des 5 et 6 juin 2009 jusqu'au décès le 12 novembre 2012. Les demandeurs présentent et développent les calculs complets et précis, par lesquels ils ont établi les sommes qu'ils demandent, en déterminant d'abord la distance entre leur domicile respectif et le lieu de soins de Mme V., puis la fréquence de leurs visites (trois fois par semaine ou une fois par jour selon les périodes), pour aboutir aux nombres totaux des kilomètres parcourus, nombres qu'ils ont multipliés par le barème kilométrique (édité par les Finances Publiques) applicable au véhicule de chacun, selon la cylindrée. Le mode de calcul ainsi effectué apparaît rigoureux et cohérent, il se fonde sur une estimation raisonnable des distances et de la fréquence des déplacements, il n'est pas critiqué de manière argumentée par les appelants, et il aboutit à une estimation la plus proche qu'il est possible du préjudice dont il est demandé réparation. Ce calcul sera entériné, et les frais en cause seront fixés aux montants indiqués : 8 078,41 et de 3 350,48 euros.

La demande portant sur les frais d'obsèques sera rejetée, puisqu'il n'est pas prouvé que le décès de Mme V. soit consécutif aux fautes ci avant relevées.

Les droits personnels à indemnisation des conjoints V., en tenant compte de la perte de chance, s'établissent donc comme suit :

- $20\,000 \times 90\% = 18\,000$ euros à M. Jean Paul V., au titre du préjudice d'affection ;

- $15\,000 \times 90\% = 13\,500$ euros à Mme Dominique V. épouse P. et à M. Marc V., au titre du préjudice d'affection ;

- $3\,350,48 \times 90\% = 3\,015,43$ euros à M. Jean Paul V., pour les frais de déplacement ;

- $8\,078,41 \times 90\% = 7\,270,57$ euros à Mme Dominique V., au titre des frais de déplacement.

Préjudice de la C. P.A. M. d. de Dôme :

La C. P.A. M. demande la confirmation sur le principal des dispositions du jugement ayant statué sur sa créance ; le tribunal a accueilli la demande de la Caisse sur les frais déjà exposés, s'élevant à 746 753,39 euros (désignés comme 'dépenses de santé actuelles', sur le relevé de débours établi le 14 décembre 2012, certifié conforme et véritable le 19 du même mois), et il a rejeté en revanche sa demande au titre des 'dépenses de santé futures', au motif qu'il n'y avait pas lieu de prévoir de tels frais puisque Mme V. était décédée. Les appelants s'accordent eux aussi à demander que la créance de la caisse soit réduite à la somme de 746 753,39 euros.

Le recours de la Caisse, ayant un caractère subrogatoire en application de l'article 30 de la loi du 5 juillet 1985, doit être limité en fonction de la perte de chance ci avant énoncée, qui limite elle même le droit d'action des ayants droit de la victime ; il sera donc fait droit à la demande de la C. P.A. M. à hauteur de $746\,753,39 \times 90\% = 672\,078,05$ euros.

Demandes relatives aux frais d'instance :

Il est conforme à l'équité d'allouer aux conjoints V. une somme globale de 5 000 euros pour les frais d'instance irrépétibles qu'ils ont exposés en cause d'appel ; il n'y a pas lieu en revanche de faire droit à la demande présentée au même titre par la C. P.A. M., qui bénéficie de l'indemnité

forfaitaire de procédure prévue à l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale (fixée par le tribunal à 1 028 euros, montant qui n'est pas discuté).

Le jugement sera confirmé, en ce qu'il a accordé aux consorts V. une première somme de 5 000 euros en application de l'article 700 du code de procédure civile, sauf à préciser que ce chef de condamnation est prononcé in solidum, et non solidairement.

PAR CES MOTIFS, et ceux non contraires des premiers juges :

Statuant après en avoir délibéré, publiquement, par arrêt contradictoire et en dernier ressort ;

Confirme le jugement déféré, en ce qu'il a condamné la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, M. Elie C., Mme Isabelle F. et M. Pierre T. à payer une somme globale de 5 000 euros aux consorts V. en application de l'article 700 du code de procédure civile, et à la C. P.A. M. d. de Dôme une indemnité de 1 028 euros en application de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, sauf à préciser que ces condamnations sont prononcées in solidum ;

Infirmé le jugement déféré pour le surplus et, statuant à nouveau,

Déclare la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, M. Elie C., Mme Isabelle F. et M. Pierre T. responsables in solidum des conséquences dommageables de la perte de chance résultant des fautes médicales et paramédicales ci avant énoncées ;

Condamne in solidum la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, M. Elie C., Mme Isabelle F. et M. Pierre T. à payer :

- à M. Jean Paul V., M. Marc V. ou Mme Dominique V. épouse P., pris en leur qualité d'ayants droit de Mme Elisabeth V.

- 4 659,54 euros au titre des frais divers ;

- 5 516,10 euros pour les frais d'hospitalisation exposés avant la consolidation ;

- 25 305,27 euros pour les frais d'hospitalisation exposés après la consolidation ;

- 14 869,80 au titre du déficit fonctionnel temporaire total ;

- 90 000 euros au titre des souffrances endurées ;

- 27 000 euros au titre du préjudice esthétique temporaire ;

- 29 700 euros au titre du déficit fonctionnel total permanent ;

- 36 000 euros au titre du préjudice esthétique permanent ;

- 27 000 au titre du préjudice permanent exceptionnel ;

- aux consorts V. en leur nom personnel : une somme de 3 015,43 euros et une somme de 18 000 euros à M. Jean Paul V., au titre des frais de déplacement et du préjudice d'affection ; une somme de 7 270,57 euros et une somme de 13 500 euros à Mme Dominique V. épouse P., au titre des frais de déplacement et du préjudice d'affection ; une somme de 13 500 euros à M. Marc V., au titre du préjudice d'affection ;

- à la C. P.A. M. d. de Dôme, une somme de 672 078,05 euros au titre de ses débours ;

Condamne in solidum la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, M. Elie C., Mme Isabelle F. et M. Pierre T. à payer aux consorts V. une somme globale de 5 000 euros, pour les frais d'instance irrépétibles exposés en cause d'appel ;

Dit que la charge définitive des condamnations prononcées in solidum par le présent arrêt, y compris sur les frais d'instance, sera supportée par les personnes responsables selon la répartition suivante : 60 % pour M. C. ; 15 % pour la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie ; 15 % pour Mme F. ; et 10 % pour M. T. ;

Rejette le surplus des demandes ;

Condamne in solidum la S. A.S. Clinique de la Châtaigneraie, M. Elie C., Mme Isabelle F. et M. Pierre T. aux entiers dépens de première instance et d'appel, y compris les frais d'expertise et des procédures de référé.

Le Greffier, Le Président,

C. VIAL F. RIFFAUD

Composition de la juridiction : François RIFFAUD, François KHEITMI, Marie Paule ISCHARD, Xavier BARGE, SCP LANGLAIS Baumann ET ASSOCIES, BELLOC Barreau de Lyon, Me Sophie LACQUIT, SELARL JUDISCONSEIL
Décision attaquée : TGI Clermont-Ferrand Juge des référés

