

Responsabilité liée à l'exercice médical en pathologie ostéo-articulaire

H. Coudane, F. Claudot, P. Bernard

La notion de responsabilité médicale a été profondément modifiée ces dernières années : les décisions jurisprudentielles de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat ont généré, dans l'exercice médical, libéral ou public, des inquiétudes et parfois des angoisses. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a entraîné de nouvelles attitudes comportementales dans l'exercice professionnel médical : l'information préthérapeutique, l'indemnisation particulière des infections nosocomiales, l'application du principe de précaution en sont les principaux éléments qui doivent être désormais intégrés dans l'exercice professionnel. Cette évolution sociale et juridique impose au praticien la connaissance de procédures auxquelles sa formation ne l'a pas forcément préparé. Ces éléments – même si on peut le regretter – sont des facteurs à intégrer désormais dans l'exercice de la médecine, quel que soit le mode de celui-ci : public, privé, interventions programmées ou urgences. Toutefois, certains praticiens, au premier rang desquels les chirurgiens orthopédistes, sont particulièrement exposés aux litiges médico-légaux.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Responsabilité médicale ; Médecine légale ; Infection nosocomiale ; Information du patient

Plan

■ Introduction	1
■ Responsabilité civile	2
Généralités	2
Fondement de la responsabilité médicale	2
Obligation de moyens, obligation de résultat, obligation de sécurité	2
En pratique	8
■ Responsabilité administrative	8
Généralités	8
Responsabilité personnelle du médecin hospitalier	8
Responsabilité de l'État	9
■ Infections nosocomiales	9
Définitions	9
Responsabilité des établissements de santé	9
■ Réparation des risques sanitaires	10
Généralités	10
Condition de l'indemnisation	10
Procédure d'indemnisation	10
Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI)	10
Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux	11
■ Responsabilité pénale du médecin	11
Généralités	11
Action de la victime	11
Condition de la responsabilité pénale	11
Faute pénale du médecin	11
Différents aspects de la faute pénale	11
Sanction pénale	13
Prescription des actions pénales	13
Poursuites disciplinaires et action pénale	13
■ Responsabilité disciplinaire	13
Généralités	13
Hiérarchie ordinale	13

Règles de saisine	13
■ Expertise	14
Définition	14
Préparation de l'expertise	14
Déroulement de l'expertise	14
Décision du juge	14
■ Conclusion	14

■ Introduction

Trouvant leurs règles d'exercices dans des principes religieux ou mythiques, les médecins, héritiers des « chamans », furent exempts de toutes responsabilités dans l'exercice de leur Art. Cependant, le principe de responsabilité médicale reste ancien : on en retrouve des traces réglementaires en 2394 avant notre ère dans le Code d'Hammourabi qui prévoyait des peines applicables aux médecins ou chirurgiens qui avaient blessé ou tué un homme libre ou un esclave. Ce n'est pourtant qu'en 1835 que la Cour de cassation a, pour la première fois, engagé la responsabilité d'un praticien. Actuellement, la revendication d'un droit à la santé, la proclamation des droits des patients, l'évolution des techniques scientifiques et médicales ont multiplié le contentieux de la responsabilité médicale dont les règles ont été modifiées par de récentes dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles.

On distingue trois régimes de responsabilités complémentaires qui se définissent selon leur objet :

- la responsabilité civile ou administrative, dont l'objet est l'indemnisation de la victime par le responsable ;
- la responsabilité pénale, qui vise à prononcer une sanction à l'encontre de l'auteur de faits reconnu coupable d'une infraction ;
- la responsabilité disciplinaire, qui se prononce sur l'aspect professionnel des fautes commises par le médecin.

Concernant les responsabilités civiles et administratives, la relation juridique entre le praticien et le patient dépend du mode d'exercice professionnel. En pratique libérale (c'est-à-dire dans l'exercice privé), elle relève du droit privé : les juridictions compétentes sont celles du droit civil (tribunaux d'instance, tribunaux de grande instance, chambres civiles des cours d'appel, chambre civile de la Cour de cassation) ; dans l'exercice public (acte médical réalisé par des praticiens relevant de la fonction publique hospitalière), elle relève du droit administratif : les juridictions compétentes sont les tribunaux administratifs, les cours administratives d'appel, le Conseil d'État.

■ Responsabilité civile

Généralités

Droit commun

En 1834, l'Académie de Médecine, discutant du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, proposait de ne pas appliquer aux médecins les articles 1382 et 1383 du Code civil (responsabilité délictuelle), estimant que ces derniers « ne sont pas responsables des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi ». On considérerait effectivement que la responsabilité d'un médecin ne pouvait être retenue lorsque celui-ci avait agi conformément aux données de la science.

À cette responsabilité civile délictuelle fondée sur une faute constituée par la violation des articles 1382 ou 1383 du Code civil s'est substituée, en 1936, une responsabilité du médecin de nature contractuelle telle que l'a défini l'arrêt de la 1^{re} chambre civile de la Cour de cassation dans son arrêt du 20 mai 1936, dit arrêt Mercier, qui précise qu'« il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. La violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».

Au fil du temps, l'évolution des techniques scientifiques et médicales et les revendications des droits des patients ont multiplié le contentieux de la responsabilité médicale. Le principe de responsabilité fondé sur la faute et les difficultés d'établir la preuve de cette faute montraient ses limites lorsqu'il s'agissait de réparer des dommages consécutifs aux transfusions sanguines ou traitements aux hormones de croissance. Afin de faciliter la tâche des victimes et de les indemniser, même en l'absence de preuve d'une faute, voire d'une faute, diverses théories ont été proposées, allant de la proposition de suppression du régime de responsabilité pour faute au maintien du système traditionnel, complété par un système d'indemnisation légal.

Loi du 4 mars 2002

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est venue réformer le droit de la responsabilité médicale en instaurant un système distinguant ce qui relève de la responsabilité médicale et de l'assurance et ce qui relève de la solidarité nationale. Elle instaure par ailleurs une unification des règles de prescription en matière de responsabilité médicale et dispose que les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion des actes de diagnostic, de prévention ou de soins se prescrivent par 10 ans à compter de la consolidation du dommage (art. L. 1142-28 du Code de la santé publique [CSP]). Ce délai de prescription décennale se substitue donc au délai de prescription trentenaire (responsabilité contractuelle) et décennale (responsabilité délictuelle) en matière de responsabilité civile, et quadriennale en matière de responsabilité administrative (responsabilité des établissements publics de santé).

Si elle unifie les délais de prescription de mise en cause de la responsabilité, la loi du 4 mars 2002 maintient la dualité de compétence juridictionnelle (juridiction judiciaire civile ou juridiction administrative), ainsi que les conditions de responsabilité des professionnels liées à leur statut (les salariés du secteur public ne répondent personnellement des dommages causés aux patients qu'en cas de faute personnelle détachable du service tandis que les médecins salariés du secteur privé ou du secteur libéral répondent personnellement de leurs fautes – il existe cependant des incertitudes sur ce point).

Nouveau régime de responsabilité médicale

La loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est venue modifier le régime de la responsabilité médicale et a instauré un système fondé sur des textes spécifiques. La responsabilité médicale est désormais détachée de la nature juridique des relations entre le médecin et son patient. Les articles L. 1142-1 et suivants du CSP précisent ainsi que la responsabilité médicale ne concerne que les « conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic et de soins ». Les dommages causés à l'occasion de tels actes (comme par exemple la chute d'un patient dans un cabinet médical) relèvent quant à eux de la responsabilité de droit commun.

Fondement de la responsabilité médicale

Principe de la responsabilité pour faute

Le fondement de la responsabilité médicale est la faute : un médecin n'est tenu de réparer le préjudice subi par son patient que si celui-ci apporte la preuve que son dommage est la conséquence d'une faute commise à son encontre. La jurisprudence considérait que faire peser la charge de la preuve sur la victime se révélait souvent préjudiciable pour elle, et la privait d'indemnisation lorsqu'elle ne pouvait apporter la preuve d'une faute. Pour améliorer le sort des victimes, elle a donc créé des présomptions de faute, voire des cas de responsabilités sans faute à la charge des médecins. La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades a mis fin à cette dérive en restaurant le principe de la responsabilité pour faute, sous réserve des cas où le dommage du patient est dû au fait d'autrui, ou à un produit de santé. Ainsi, l'article L. 1142-1 du CSP dispose que « Hors les cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

Caractère de la faute

La loi ne précise cependant ni la nature de la faute, ni les conditions de preuve. En l'absence de précision, il faut donc s'en tenir aux règles traditionnelles de la faute. Elle est donc caractérisée par un fait originaire (soit positif comme une action fautive, soit négatif comme une abstention), et un élément illicite (comme la violation d'un texte ou d'un devoir professionnel).

À la fin du XIX^e siècle, la responsabilité du médecin était subordonnée à l'existence d'une faute lourde (Cour d'appel Paris, 4 mars 1898). L'évolution de la jurisprudence fait que, lors de la deuxième moitié du XX^e siècle, aucun caractère de gravité n'est exigé : « toute faute du médecin engage sa responsabilité en vertu de l'article 1147 du Code civil », y compris pour faute simple (première chambre civile de la Cour de cassation [Cass. 1^{re} civ.], 30 octobre 1963). La loi du 4 mars 2002 ne donne aucune précision relative au caractère de gravité de la faute. Il est donc généralement admis qu'une faute simple suffit à engager la responsabilité d'un médecin.

Obligation de moyens, obligation de résultat, obligation de sécurité

Obligation de moyens

Dans le cadre de la responsabilité civile, l'arrêt Mercier du 15 mai 1936, qui instaurait une responsabilité contractuelle,

était empreint d'un souci de protection de la victime en lui permettant de bénéficier de la prescription trentenaire inhérente au contrat et permettait à celle-ci de ne pas se voir opposer la prescription décennale inhérente à la responsabilité délictuelle. Cet arrêt venait également préciser un contenu réaliste de l'obligation du médecin. Il précise effectivement que le contrat qui se noue entre le médecin et le malade ne comporte pas l'engagement « de guérir le malade », mais « du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ». Ce qui impose donc une double obligation au médecin qui doit, non seulement apporter des soins consciencieux et attentifs, mais également des soins conformes aux données acquises de la science qui se caractérisent par une obligation générale de prudence et diligence ou obligation de moyens.

Cette affirmation permet dès lors de classer l'obligation des médecins dans les obligations de moyens en opposition aux obligations de résultat, distinction fondée sur le critère de l'aléa.

Le débiteur d'une obligation de moyens (c'est-à-dire le médecin) est tenu de mettre tout en œuvre, dans la mesure du possible, pour guérir le patient qui le désire. Il en résulte que le médecin n'est pas tenu à l'obligation de guérir le patient, compte tenu du fait que l'aléa est intrinsèque à l'acte médical et que les éléments de la guérison ne dépendent pas de lui. Chaque malade possède en effet ses propres réactions, ses propres comportements, sa propre constitution biologique, physiologique, anatomique..., conditionnant les résultats d'un traitement ou d'une intervention.

La responsabilité médicale fondée sur une obligation de moyens oblige cependant le patient à démontrer qu'une faute commise par le médecin est à l'origine de son préjudice. Afin d'obvier aux difficultés de preuves, un courant jurisprudentiel a donc tenté de faire peser sur les médecins une obligation de sécurité qui aurait permis d'indemniser des accidents inexplicables, non fautifs, pouvant s'attacher à la notion d'aléa thérapeutique. Bien que réaffirmant le principe d'une obligation de moyens, plusieurs arrêts ont donc condamné des médecins en l'absence d'actes fautifs, précisant « que le dommage dont se plaint le patient résulte des suites inadéquates de l'acte médical effectué, et qu'il est sans rapport avec l'état initial du patient ou l'évolution prévisible de cet état. Lorsque l'exécution d'un acte médical est la cause directe du dommage, sans rapport avec l'état initial du patient, comme avec l'évolution prévisible de celui-ci, le fait même non fautif du médecin engage sa responsabilité » (Cour d'appel [CA] Aix-en-Provence, 18 octobre 2000) ou encore « qu'un chirurgien doit réparer le dommage causé à son patient par un acte chirurgical nécessaire au traitement, même en l'absence de faute, lorsque le dommage est sans rapport avec l'état antérieur ni avec l'évolution prévisible de la maladie » (CA Lyon 4 septembre 2003). Il a même été admis qu'une indemnisation soit accordée alors que l'expertise judiciaire n'a mis en évidence aucune faute ou maladresse du médecin et que l'examen a été conforme aux données acquises de la science (CA Colmar, 21 novembre 2003).

D'autres arrêts ont refusé cette prise en charge de l'aléa thérapeutique, en précisant « qu'admettre la responsabilité sans faute dans le domaine médical aboutirait à considérer qu'un médecin pourrait être tenu, non de son propre fait, mais du fait de l'évolution néfaste de l'état de santé du patient » (CA Toulouse, 3 mars 1999).

La prise en charge de l'aléa thérapeutique a par la suite été définitivement condamnée par une jurisprudence de la Cour de cassation du 8 novembre 2000 au motif qu'elle constituait une violation des articles 1135 et 1147 du Code civil : « la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient. (...). Ayant constaté la réalisation en dehors de toute faute du praticien d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé, la Cour d'appel a violé les textes susvisés ».

L'indemnisation de l'aléa thérapeutique a donc disparu de la jurisprudence, substitué par la consécration de la responsabilité sans faute et l'instauration d'un système d'indemnisation sans faute fondé sur la solidarité, tel que défini par l'article L. 1142-1, II, Al. 1^{er} du CSP.

Obligation de résultat

Le débiteur d'une obligation de résultat est tenu d'atteindre un résultat. Il peut donc être déclaré responsable dès l'instant où la non-réalisation du résultat est promise. Conscient des limites de la science médicale, et des difficultés, voire de l'impossibilité d'atteindre le résultat escompté, le juge ne pouvait raisonnablement pas mettre une obligation de résultat à la charge du médecin. Cependant, dans certains domaines, l'obligation de moyens a cédé le pas à l'obligation de résultat.

Par exception à l'obligation de moyens, la jurisprudence fait peser sur le médecin une obligation de résultat fondée sur l'article 1147 du Code civil à propos d'actes médicaux dépourvus d'aléa. Il s'agit, par exemple, d'examen de laboratoires courants et simples, en principe dépourvus d'aléa (CA Toulouse, 14 décembre 1959), d'infections consécutives à des injections (Cas. civ. 1^{er} 28 février 1984 ; Cas. civ. 1^{er} 29 novembre 1989). Cette obligation de résultat constitue une présomption de faute et le débiteur de cette obligation (le médecin) ne peut en principe s'exonérer que par la preuve d'une absence de faute.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé devrait normalement écarter cette jurisprudence favorable à l'obligation de résultat ou sécurité-résultat par l'établissement d'un régime de responsabilité pour faute et l'admission d'une indemnisation sans faute. Elle n'exclut cependant pas la responsabilité du professionnel si le dommage survient avec une faute ou un produit, et ce, en dehors de tout contexte fautif.

Prothèses, produits, matériels et instruments, chirurgie esthétique

Double obligation de moyens et de résultat : la pose de prothèse

Définie comme un dispositif médical, la prothèse visant à remplacer une articulation est l'une des interventions les plus réalisées en France. La prothèse est traditionnellement soumise à une double obligation de moyens et de résultat en raison du caractère double de l'intervention :

- l'acte de pose (indication, prescription, pose, surveillance ...) est soumis à une obligation de moyens en raison de son caractère aléatoire (réaction du patient) ;
- la fabrication de la prothèse, acte purement mécanique et normalement dépourvu d'aléa, fait peser sur le fabricant une obligation de résultat (Cas. 1^{er} civ. 15 novembre 1972), le juge affirmant qu'une prothèse doit être sans défauts (Cas. 1^{er} civ. 29 octobre 1985, Arrêt Bismuth ; Cas. 1^{er} civ. 12 juin 1990).

Certains arrêts font peser cette double obligation sur le fabricant et sur le médecin, considérant « qu'en matière de prothèse médicale, celui qui la fabrique et le praticien qui pose sont tenus l'un et l'autre à une obligation de résultat qui leur impose de délivrer un matériel apte à rendre le service qu'en attend légitimement le patient » (CA Dijon, 12 avril 1994).

Fourniture de prothèse : vers une obligation de sécurité-résultat

Certaines jurisprudences précisent que le chirurgien qui procède à un acte de fourniture d'un appareil destiné à être positionné dans le corps du malade est tenu à une obligation de sécurité concernant la sécurité de ce malade tenant à la conception de l'appareil ou aux vices du matériel (CA Montpellier 7 décembre 1999). Ce courant doctrinal facilite l'action de la victime dans la production de la preuve, le chirurgien exerçant ensuite les recours éventuels, en appelant notamment le (ou les) fabricant(s) en garantie. Il a cependant été admis

qu'un patient, porteur d'une prothèse de hanche comportant un défaut de fabrication, puisse agir en référé contre les deux sociétés fabricantes condamnées à payer solidairement une provision au patient en réparation du préjudice subi, la prothèse ayant dû être remplacée après sa rupture.

Encore faut-il que le patient puisse prouver qu'il y a bien eu « défaut de fabrication » : ainsi, un malade opéré dans un hôpital public d'une prothèse de hanche présente une fracture d'un composant de cette prothèse et doit être réopéré. La cour administrative de Marseille relève qu'il n'y avait eu ni faute dans la technique de la pose de prothèse, ni faute médicale dans le choix du matériel ; au vu du rapport d'expertise, la cause de la défaillance a été rapportée à des circonstances spécifiques qui relevaient du patient lui-même : la cour administrative d'appel a donc rejeté le recours en responsabilité formé contre le centre hospitalier (cour administrative d'appel [CAA] Marseille, 10 mars 2004).

Produits, matériels et instruments : obligation de sécurité-résultat

La mise à disposition du patient de produits ou de matériels fait peser une obligation de résultat liée à une obligation de sécurité sur le médecin ou sur l'établissement de santé, comme en témoignent deux jurisprudences de la Cour de cassation. Dans la première espèce, l'application d'un produit désinfectant avait généré des brûlures au 1^{er} et 2^e degrés sur une patiente, nécessitant le report de l'intervention projetée. Le chirurgien fut exonéré, mais la clinique qui avait fourni le produit employé fut condamnée, la Cour de cassation retenant « que le contrat d'hospitalisation et de soins liant un patient à un établissement de santé privé met à la charge de ce dernier, sans préjudice de son recours en garantie, une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les produits, tels les médicaments qu'il fournit » (Cas. civ. 1^{re} 7 novembre 2000). Dans la seconde espèce, la patiente, au cours d'un examen radiologique, était tombée de la table d'examen. La CA de Douai l'avait déboutée, estimant que l'accident n'était imputable qu'à sa seule initiative, n'engageant pas la responsabilité de son médecin. La Cour de cassation valide cette appréciation en estimant que « s'il est exact que le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier, sans préjudice de son recours en garantie, une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins, encore faut-il que le patient démontre qu'ils sont à l'origine de son dommage » (Cas. civ. 1^{re} 9 novembre 1999).

Chirurgie esthétique

La chirurgie esthétique est un des domaines où « l'obligation de moyens renforcée » (CA Paris 17 février 1994) est « assimilable à une obligation de résultat » (CA Paris 28 septembre 1990). La CA de Paris précise effectivement depuis 1995 que « si, en matière de chirurgie esthétique, l'obligation de moyens demeure la règle, cette obligation doit être interprétée restrictivement alors que le but recherché n'est pas de recouvrer la santé, mais d'apporter une amélioration à un état préexistant jugé non satisfaisant par le patient. » (CA Paris, 23 février et 7 avril 1995).

Responsabilité du fait des choses

Selon l'article 1384 du Code civil, « on est responsable, non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. En utilisant un produit ou un matériel, le médecin doit donc s'assurer que celui-ci ne risque pas de créer de dommage au patient du fait de son mauvais état ou de sa vétusté ». Dans le contexte actuel de responsabilité, les tribunaux utilisent plus volontiers le concept d'obligation de sécurité-résultat.

Responsabilité du fait d'autrui

L'acte médical nécessite parfois l'intervention d'une équipe médicale constituée de différents professionnels de la santé, médecins, chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes, infirmières, etc.

Lorsqu'il existe un lien de subordination entre le chef d'équipe et les membres de l'équipe, le chef d'équipe est responsable des fautes des personnes soumises à son autorité qui sont considérées comme ses subordonnées (Cas. civ. 1^{re}, 15 novembre 1955).

En réalité, la question se pose essentiellement en ce qui concerne l'équipe constituée par le chirurgien et l'anesthésiste. Le chirurgien peut-il être tenu comme responsable du fait de l'anesthésiste ? La Cour de cassation a jugé que « le chirurgien, investi de la confiance de la personne sur laquelle il va pratiquer une opération, est tenu, en vertu du contrat qui le lie à cette personne, de faire bénéficier celle-ci, pour l'ensemble des interventions, de soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science ; il répond dès lors des fautes que peut commettre le médecin auquel il a recours pour l'anesthésie et qu'il se substitue, en dehors de tout consentement du patient, pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation » (Cas. civ. 1^{re}, 18 octobre 1960). Il faut en déduire qu'à défaut de lien contractuel direct entre le patient et les intervenants de l'équipe médicale, le chirurgien est responsable de leur faute.

En revanche, dans le cas d'un lien direct entre le patient et l'anesthésiste, il faut rechercher la responsabilité de l'anesthésiste fautif. Ainsi, si le patient a rencontré l'anesthésiste avant l'opération ou s'il l'a choisi personnellement, il doit rechercher sa responsabilité en cas de dommage. Le chef de l'équipe n'en demeure pas moins tenu à un devoir de surveillance générale. Sa violation peut engager sa responsabilité.

Dans un arrêt du 28 octobre 1997, la Cour de cassation a rappelé que lorsqu'un acte médical implique une équipe, il s'agit d'un travail d'équipe, nonobstant l'indépendance de chacun. Ceci nécessite que chacun donne à l'autre, le cas échéant, les informations nécessaires, sauf à engager sa responsabilité. En l'espèce, un chirurgien avait omis d'informer l'anesthésiste que le globe oculaire du patient était plus allongé en raison d'une grande myopie, ce qui avait une incidence sur le choix de l'aiguille. Le globe oculaire du patient a été perforé par l'aiguille de l'anesthésiste. La responsabilité du chirurgien a été mise en cause.

Concernant le personnel soignant, celui-ci est en principe préposé de l'établissement dans lequel il travaille. En conséquence, c'est ce dernier qui est responsable de sa faute. Si le personnel a agi sous le contrôle direct du médecin ou sous ses ordres, il arrive toutefois que la jurisprudence décide que le médecin est responsable : acte préparatoire à l'anesthésie, acte postopératoire (CAA Nancy, 23 octobre 1996).

Responsabilité liée à la faute technique

La faute médicale s'apprécie in abstracto, par référence au comportement du modèle du bon professionnel de même spécialité. Le comportement du médecin est jugé en fonction de ce que le bon professionnel aurait fait dans les mêmes circonstances de lieu, de temps, de situation.

Faute de diagnostic

Le diagnostic est l'appréciation du médecin sur l'état actuel du patient. Ce jugement contient intrinsèquement une part d'incertitude et d'erreur liée entre autres à l'individualité du patient. L'obligation du praticien en la matière est une obligation de moyens. Depuis 1867 (CA Metz, 21 mai 1867), la jurisprudence distingue l'erreur et la faute de diagnostic. Seule la faute pouvait engager la responsabilité du médecin. Mais, les méthodes scientifiques ayant évolué, la jurisprudence a tendance à considérer que le diagnostic s'en trouve facilité. Tant et si bien que le terme d'erreur est souvent repris par les juridictions pour qualifier une faute.

Ainsi, un médecin urgentiste reçoit une patiente présentant une plaie par bris de verre au poignet. La patiente se plaint d'emblée d'une hypoesthésie des 4^e et 5^e doigts de sa main. Le médecin urgentiste procède à la suture simple de la plaie du poignet dont l'évolution est d'emblée défavorable : présence d'œdème, rougeur, puis suppuration. Le médecin traitant est amené à retirer prématurément les fils et constate des « décharges électriques » signalées par la patiente. Confiée à un chirurgien orthopédiste, celui-ci constate 21 jours après la prise en charge initiale une section quasi complète du nerf ulnaire. L'expert relève dans son rapport que le diagnostic d'atteinte du nerf ulnaire aurait dû être porté par le médecin urgentiste et ce d'autant que la plaie du poignet siégeait en regard du trajet anatomique du nerf ulnaire au niveau du poignet, c'est-à-dire en regard du canal de Guyon. Les juges de première instance, puis la cour d'appel, devaient retenir la responsabilité du médecin urgentiste.

Erreur fautive lorsque le diagnostic est évident

Lorsque le diagnostic est difficile, mais que tous les moyens n'ont pas été employés, la responsabilité peut être retenue.

Un enfant de 13 ans présente un syndrome fébrile avec présence de douleurs inguinales gauches dès son retour de colonie de vacances ; devant une aggravation de la symptomatologie, ses parents font appel le lendemain à un médecin généraliste qui conclut à un syndrome grippal ; un traitement antipyrétique est prescrit. Le lendemain, l'enfant reste alité toute la journée dans un état fébrile et présente une exacerbation des douleurs de la hanche gauche. Il présente rapidement une impotence fonctionnelle alors que la température dépasse 40°. Ses parents le conduisent au service d'urgences d'un établissement privé où il est examiné, d'une part, par le praticien de garde aux urgences et, d'autre part, par un chirurgien orthopédiste ; ce dernier prescrit des anti-inflammatoires et autorise le retour à domicile de l'enfant. Le lendemain, compte tenu d'une aggravation de la symptomatologie, les parents ramènent leur enfant à la clinique où il est à nouveau examiné par le même chirurgien orthopédiste qui prescrit l'hospitalisation et demande une hémoculture ; ce n'est que 24 heures plus tard que sont réalisés un examen radiographique et une échographie qui conduisent à la réalisation d'une ponction de hanche qui ramène un liquide purulent ; l'enfant est alors mis en traction et une monothérapie antibiotique est prescrite ; ultérieurement, cet enfant est pris en charge dans d'autres établissements ; il présente une destruction progressive de son articulation coxofémorale gauche qui nécessite la pose d'une prothèse de hanche gauche quelques années plus tard. Les parents de l'enfant entament une procédure judiciaire et les expertises relèvent un retard de diagnostic qui engage la responsabilité du chirurgien orthopédiste. L'enfant a en effet présenté une ostéoarthrite de la coxofémorale gauche avec impotence fonctionnelle, fièvre, déclenchement brutal qui étaient des éléments cliniques qui auraient dû faire évoquer le diagnostic selon la formule relevée dans le rapport d'expertise : « douleurs de hanche dans un contexte fébrile chez un enfant = arthrite de hanche jusqu'à preuve du contraire ». Le tribunal de grande instance, puis la cour d'appel, devaient confirmer la responsabilité du chirurgien orthopédiste.

Fautes dans le choix du traitement

Le principe en la matière est normalement celui de la liberté thérapeutique du médecin. On ne peut donc reprocher au praticien d'avoir choisi tel traitement plutôt qu'un autre. Le fait que le traitement choisi soit tombé en désuétude ou a suscité des controverses n'est pas, non plus, en soi fautif. Il devient cependant critiquable s'il méconnaît les données acquises de la science (Cas. civ. 1^{re}, 19 décembre 2000), ou si le médecin recourt à des techniques très controversées dont les effets sont encore insuffisamment connus (Cas. civ. 1^{re}, 1^{er} juillet 1958), ou encore si le médecin utilise des techniques « totalement obsolètes au regard des données acquises de la science » (Cas. civ. 1^{re}, 30 octobre 1995).



Responsabilité liée au défaut d'information

Pourquoi l'obligation d'information ?

L'obligation que tout médecin a d'informer son patient sur sa santé est généralement présentée comme étant de type contractuel, issue de la jurisprudence de la Cour de cassation (arrêt Mercier du 20 mai 1936). Cet arrêt définit, hors le cadre du Code civil, un véritable contrat médical, et énonce un certain nombre d'obligations que le médecin doit satisfaire, dont celle de prodiguer « des soins consciencieux, attentifs, et conformes aux données acquises de la science ». L'information ferait partie intégrante de ces obligations contractuelles, le juge considérant qu'une partie au contrat, le médecin, « sait tout », et que l'autre, le patient, « ne sait rien ». Cette relation contractuelle étant déséquilibrée, les tribunaux y ont obvié en astreignant le médecin à une obligation de conseil, au même titre que celle fournie par le plombier, le notaire ou le garagiste lorsqu'il offre ses prestations.

Si l'on envisage les choses de façon moins consumériste, l'obligation d'information du médecin devient plus « une question de marque de respect à témoigner à une personne », un devoir d'instruction du patient sur sa propre santé. L'éducation ainsi fournie doit lui permettre de comprendre le diagnostic, et de consentir à la thérapeutique proposée, voire de devenir un malade participatif, et non passif. Dans ce cas, le médecin ne satisfait plus aux exigences de l'information parce qu'il vient de signer un contrat avec son patient, mais parce qu'il doit apporter des soins à une personne, et que le corps humain, support de la personne, est traditionnellement protégé par un certain nombre de principes dont celui de l'inviolabilité.

L'inviolabilité du corps humain est consacrée par l'article 16-1 du Code civil, issu de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994, qui dispose que « chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable (...) ». Il est complété et précisé par un article 16-3 qui dispose qu'« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Ce dernier article énonce un principe fondamental pour le droit médical.

Théoriquement, toute atteinte à l'intégrité du corps humain est pénalement réprimée. Ainsi, toute personne qui causerait à autrui une blessure, une infirmité ou la mort s'expose à des poursuites pénales. L'acte médical, et a fortiori l'acte chirurgical, est particulièrement concerné par ce principe. Toutefois, les médecins bénéficient d'une sorte de privilège qui leur permet, avec le consentement des patients, d'intervenir sur leurs corps « en cas de nécessité médicale » (ces deux conditions sont cumulatives, hormis les cas où le patient serait dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté). Pour satisfaire à l'obligation de recueil du consentement, le médecin doit au préalable éclairer son patient par une information qui approximativement lui explique les raisons de l'intervention qu'il doit subir, et ses conséquences.

Cette obligation d'information est, depuis quelques années, l'objet d'une attention particulière de la part des tribunaux qui en ont précisé les contours par voie jurisprudentielle. Elle a ensuite été consacrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme dans son chapitre premier les principes déontologiques et jurisprudentiels.

Textes applicables

Le devoir d'information et les conditions de recueil du consentement sont présents dans quelques textes internationaux tels que la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe signée à Oviedo le 4 avril 1997, ou les différentes déclarations de l'Association médicale

mondiale. Les textes nationaux ont naturellement une prégnance beaucoup plus grande. Pour ne citer que les plus importants d'entre eux et ne pas revenir sur les principes du Code civil, on ne fait référence qu'au Code de déontologie médicale et au Code de la santé publique.

Code de déontologie médicale. Le décret n° 95-1000 du 5 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale comporte un certain nombre d'articles relatifs à l'information et au consentement du patient. Le principe général est décrit dans l'article 35 qui dispose que « 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 »¹.

« Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers 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 ».

Code de la santé publique. Complétant l'article 16-3 du Code civil, l'article L. 1111-2 du CSP définit avec une relative précision l'obligation d'information qu'il consacre, par ailleurs, comme un véritable droit du patient. Ainsi, l'article L. 1111-2 dispose que « 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.

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.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

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 ».

Auteur de l'information

Aux termes de la loi du 4 mars 2002, le devoir d'information incombe « à tout professionnel de santé ». Le médecin doit

donc naturellement informer son patient. Lorsque le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire successive ou concomitante, chacun est légalement tenu d'apporter une information au patient dans son domaine, qu'il soit prescripteur ou exécutant. Dans ce cas, il est important qu'une « coordination » se mette en place au sein de l'équipe médicale afin, d'une part que l'ensemble des informations soit transmis à l'ensemble de l'équipe médicale¹, et d'autre part qu'il existe une congruence certaine entre les dires de chacun des intervenants.

Destinataire de l'information

Lorsque le patient est majeur : le destinataire par excellence est, bien entendu, le patient lorsqu'il est en état de la recevoir et d'exprimer sa volonté. Dans ce cas, la loi précise que l'information est donnée lors « d'un entretien individuel ». Lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, le médecin peut se retourner vers un proche ou vers son entourage (articles 34, 35 et 36 du Code de déontologie) ou avoir recours à la personne de confiance, interlocuteur né de l'article 11 de la loi du 4 mars 2002 et consacrée à l'article L. 1111-6 CSP. Cette personne, qui se différencie de la personne à prévenir en cas de besoin, peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Sa mission est d'accompagner le patient (s'il le souhaite) dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lorsque le patient est hospitalisé, il devrait systématiquement lui être proposé de désigner une personne de confiance : celle-ci est désignée par écrit et est révocable à tout moment.

Les mesures concernant la personne de confiance ne s'appliquent pas au cas des patients majeurs faisant l'objet d'une mesure de tutelle (à moins que le juge des tutelles n'en décide autrement). Dans ce cas, ses droits sont exercés par le tuteur. Elles ne s'appliquent pas au cas des patients mineurs.

Lorsque le patient est un mineur non émancipé, les droits sont exercés par l'intermédiaire des titulaires de l'autorité parentale, soit généralement son père et sa mère. Selon l'article 371-1 du Code civil, les parents ont pour obligation d'associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et sa maturité. Cependant, la loi du 4 mars 2002 a instauré un début de reconnaissance de l'autonomie « sanitaire » des mineurs. Désormais, le mineur hospitalisé, dans une finalité thérapeutique, peut refuser que ses représentants légaux soient informés de son état de santé lorsque cette information a pour but de rechercher leur consentement. Dans ce cas, le médecin doit essayer d'obtenir le consentement du mineur à la consultation de ses représentants légaux. Si le mineur maintient sa position, le médecin peut mettre en œuvre le traitement.

Contenu de l'information

Selon la jurisprudence, l'information doit être « simple, approximative, intelligible et loyale ». L'article L. 1111-2 CSP précise que « 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 ».

De nombreux procès sont actuellement engagés sur le fondement d'un défaut d'information. Les défenseurs peuvent arguer qu'il est plus facile pour un avocat de démontrer un défaut d'information (la charge de la preuve que l'information a bien été faite incombe au médecin) qu'une faute technique (la charge de la preuve incombe dans ce cas au patient) ; cependant, la discussion avec les patients demandeurs montre que ces derniers ou leurs ayants droit n'ont pas compris l'information donnée ou que, brutalement, ils se sont sentis « abandonnés » par leur médecin, soudainement et incompréhensiblement tenus dans l'ignorance. Comme si, tout à coup, leur médecin se désintéressait d'eux.

¹ Nous rappelons que l'article 64 du Code de déontologie médicale précise que « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade ».

Le malade attend généralement que le médecin se mette à sa portée et lui explique clairement et simplement, tout au long de sa prise en charge, une matière qu'il ne domine pas, sur un sujet qui engage sa santé. Ceci implique que l'information doit être adaptée aux différents stades d'acceptation de sa maladie, à chacune des situations particulières, à la personnalité du patient et à sa capacité de compréhension. Lorsque tel n'est pas le cas, les tribunaux et cours considèrent généralement que le patient n'a pas été exactement informé. Cette information ne doit, bien sûr, pas être exhaustive ; l'essentiel est qu'elle soit utile. Une information, même approximative mais suffisamment complète, doit permettre au patient de comprendre et se faire une idée exacte de l'intervention. Si besoin, le chirurgien peut avoir et doit avoir recours à des schémas ou croquis permettant au malade d'imaginer les gestes qui seront pratiqués sur lui. Ces schémas doivent naturellement être versés au dossier médical (parfois ils sont la seule preuve que le patient a bien reçu une information).

L'article L. 1111-2 impose que l'information soit faite sur les différents investigations, traitements ou actions de prévention proposés : nature des soins, conséquences (si le patient doit recevoir une prothèse de hanche, il faut le prévenir que certains gestes comme la flexion-rotation sont dangereux) et l'existence d'alternatives thérapeutiques entre lesquelles le malade pourrait avoir un choix.

L'accent est souvent mis sur l'information du risque. Une jurisprudence abondante montre une évolution vers une information toujours plus exigeante. Traditionnellement, le médecin n'était tenu que d'une information sur les risques prévisibles. Il s'ensuit que le médecin pouvait ne pas informer des risques graves lorsqu'ils étaient exceptionnels. En 1997, la Cour de cassation introduit la notion de risque grave dans sa jurisprudence, ce risque s'entendant comme celui qui serait de nature à avoir une influence sur la décision du patient « d'accepter ou non les investigations, soins ou interventions proposés par le médecin, soit les risques de nature à comporter des conséquences mortelles, invalidantes ou même esthétiques graves ». En 1998, la Cour de cassation et le Conseil d'État confirment leur jurisprudence et maintiennent l'obligation d'information sur les risques graves, même exceptionnels, et même si l'intervention apparaît médicalement nécessaire. La loi du 4 mars 2002 a simplifié la situation en précisant que seuls les risques fréquents et les risques graves normalement prévisibles devaient faire l'objet d'une information. Les risques exceptionnels sont donc exclus du champ de l'information.

D'un point de vue purement contentieux, on note que le risque n'est pas retenu en tant que tel comme un facteur de responsabilité ; c'est, bien entendu, sa réalisation qui engage la responsabilité du praticien, la faute résidant dans le défaut d'information engendrant une perte de chances pour le patient.

Preuve de l'information

Jusqu'en 1997, selon les règles de droit commun, il appartenait au malade qui invoquait l'inexécution de ces obligations d'en justifier. Le 25 février 1997, la première chambre civile de la Cour de cassation modifie les règles de preuve et impose cette obligation aux médecins qui peuvent l'exécuter par tout moyen. Dans ce cadre, les juridictions tiendront compte du nombre d'entretiens avec le malade, du temps de réflexion accordé au malade, des mentions faites dans le dossier médical (observations du médecin, échanges de courriers, schémas, comptes rendus opératoires ...). Cette jurisprudence a été consacrée par l'article L. 1111-2 CSP in fine « 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'incitation au recours de la preuve écrite est, dans ce contexte, assez forte. « L'écrit présente l'avantage considérable de laisser une trace précise, ce qui est important lorsqu'on sait que les dommages causés par un acte médical peuvent se révéler

longtemps après et que la prescription en matière contractuelle est de 30 ans, à partir du moment où le patient a connaissance du dommage »². Le recours aux formulaires d'information établis avec le concours de sociétés savantes n'est, dans tous les cas, pas suffisant et ne dispense pas d'un complément d'information orale s'adaptant à la personnalité du patient. Elle doit par ailleurs faire l'objet d'une actualisation fréquente, car toute fiche qui serait non conforme aux données acquises de la science pourrait susciter la poursuite, tant civile que pénale, des rédacteurs, des diffuseurs et/ou des utilisateurs. Ceci reviendrait en effet à dispenser une information inexacte, sauf à considérer bien sûr que l'utilisateur la corrige verbalement et de façon manuscrite.

La tentation est souvent forte de faire signer la fiche d'information³ par le patient. La signature pourrait être considérée comme une garantie supplémentaire pour le médecin. D'un point de vue contentieux, l'apposition d'une signature en bas d'un document ne prouve pas que le document a été compris et ne prouve surtout pas que le médecin a correctement rempli son obligation d'information. On pourrait imaginer, comme en matière de recherche, de délivrer une information en triples exemplaires, signée des deux parties (médecin et destinataire de l'information), si besoin complétée de diverses mentions par le médecin, l'une étant remise au malade, l'autre conservée par le médecin, la troisième étant conservée sous scellés. Le risque est alors de tomber dans un « juridicisme » détériorant quelque peu la relation médecin-malade et chronophage. L'idée du double formulaire, doublement signé, à l'image d'une déposition ou d'un procès-verbal sera sans doute, dans les années à venir, à méditer.

Limites de l'obligation d'information

Ces limites sont :

- traditionnellement et juridiquement (article 16-3 Code civil), en cas d'urgence absolue qui vise les cas où l'état du patient rend nécessaire une intervention à laquelle il ne peut consentir⁴ ;
- en cas d'impossibilité⁵ ;
- de refus du patient d'être informé⁶ ;
- de nécessité estimée par le médecin.

Dans tous ces cas, sauf opposition expresse exprimée antérieurement par le patient, il reste la solution d'information de la personne de confiance, des proches, de la famille ... sans oublier bien sûr l'inscription des raisons de l'absence d'information sur le dossier médical.

Réparation du défaut d'information

Lorsque le médecin ne satisfait pas à son obligation, le patient peut, bien entendu, demander réparation du préjudice qui est né du défaut d'information. Les ayants droit peuvent également être tentés d'agir. Le médecin veille alors à souligner le fait que l'information des proches est une faculté offerte par la loi, qu'elle n'est pas une obligation, et qu'elle est circonscrite aux cas des diagnostics et pronostics graves⁷. Deux techniques

² NB : la loi du 4 mars 2002 modifiée a porté le délai de prescription de 30 ans à 10 ans en matière civile et de 4 ans à 10 ans en matière administrative.

³ En plus de la fiche de consentement si elles sont différentes.

⁴ Art. L. 1111-2 « Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ».

⁵ Art. L. 1111-4 « 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 ».

⁶ Art. L. 1111-2 « 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 ».

⁷ Article 1110-4 « En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations ».

d'indemnisation sont possibles. Dans un premier cas, on recherche l'indemnisation globale du préjudice, dans le second cas, on recherche, d'une part l'indemnisation du préjudice né du défaut d'information par application de la théorie de la perte de chance, et d'autre part l'indemnisation du préjudice né de la réalisation du risque.

En conclusion, il faut, certes, souligner toute l'importance de l'obligation d'information a priori, mais il ne faut surtout pas négliger l'information a posteriori. Celle-ci se fait par :

- premièrement, l'accès au dossier médical : les patients ont désormais un droit d'accès direct à leur dossier médical (article L. 1111-7 CSP). Dans le contexte actuel, ce dossier ne peut plus se contenter d'être un élément nécessaire au suivi médical des patients. Les pièces qu'il contient doivent pouvoir un jour servir à son information, à apporter la preuve que l'information a bien été donnée, ou à justifier le fait que l'information n'a pas été donnée ;
- deuxièmement, l'information sur les risques nouveaux identifiés : l'article L. 1111-2 CSP prévoit que « 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 ». La loi ne donne aucun délai de prescription de cette obligation et oblige, par là, à assurer un véritable système de veille, de traçabilité et de suivi...

En pratique

Défaut d'information

C'est l'un des moyens actuellement les plus fréquemment soulevés par les patients mécontents pour demander réparation d'un éventuel préjudice : le docteur A. opère une enfant de 12 ans d'un hallux-valgus bilatéral en lui promettant qu'elle aurait « des pieds de rêve ». Si, d'un côté, les suites furent simples, de l'autre côté la patiente présente une infection nosocomiale qui nécessite une prise en charge dans un autre établissement où l'information sur la chirurgie de l'hallux-valgus fut donnée a posteriori.

Le chirurgien qui avait pris initialement en charge la patiente fut condamné par le tribunal de grande instance, compte tenu de la « forte probabilité du report de l'intervention s'il avait donné une information correcte ».

Complications infectieuses

Un rhumatologue pratique une injection d'un dérivé cortisoné dans la bourse sous-acromiodeltoïdienne d'un patient porteur d'un syndrome douloureux sous-acromial ; le patient présente rapidement un syndrome fébrile, une septicémie accompagnée d'une arthrite de l'épaule qui nécessite un traitement chirurgical complexe ; le tribunal de grande instance puis la cour d'appel ont motivé la condamnation du rhumatologue sur l'absence d'information préthérapeutique du patient et sur la réalisation d'une technique d'infiltration qualifiée, dans le rapport d'expertise, de « non conforme aux standards habituellement pratiqués ».

Un rhumatologue effectue une dizaine d'infiltrations de dérivés cortisonés dans le genou d'une patiente présentant une gonarthrose ; ces infiltrations sont réalisées sur une période de 3 ans ; la dernière injection, précédée d'une ponction évacuatrice de l'hydarthrose, ramène un liquide « louche » ; l'examen bactériologique prouve ultérieurement l'absence de germe ; toutefois, la patiente présente dans les jours qui suivent une arthrite du genou nécessitant une prise en charge chirurgicale (arthrotomie, synovectomie). L'expert, dans son rapport, note : « On n'injecte pas dans une articulation un produit cortisonique quand la ponction exploratrice préalable a retiré un liquide louche, même s'il s'avère ultérieurement que ce liquide est stérile. Le non-respect de cette règle intangible en rhumatologie a transformé l'inoculation septique du genou en catastrophe fonctionnelle ». Par ailleurs, l'expert a estimé que « la gonarthrose gauche de la malade avait été incontestablement aggravée

par un nombre tout à fait exagéré d'infiltrations cortisoniques, d'autant que les produits utilisés n'étaient pas indiqués avec une telle fréquence dans la pratique rhumatologique couramment admise ». Ainsi, les magistrats de première instance retenaient la responsabilité du rhumatologue dans la survenue de cette arthrite du genou, responsabilité confirmée en appel.

■ Responsabilité administrative

Généralités

Responsabilité administrative : responsabilité des établissements publics de santé

Les règles de responsabilités applicables aux établissements publics de santé sont profondément différentes de celles qui prévalent dans les établissements privés ou dans l'exercice libéral de la médecine. Ceci est dû au fait que le système juridictionnel français repose sur un principe ancien précisant le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires.

Compétence des juridictions administratives

Du principe de séparation des autorités administratives et judiciaires, on infère que les litiges concernant les dommages consécutifs de l'activité d'un service public ne relèvent pas de la compétence des juridictions judiciaires civiles, mais de celle des juridictions administratives. C'est donc le tribunal administratif qui a à connaître de ces litiges en première instance, la cour administrative d'appel en appel, et le Conseil d'État en cas de pourvoi en cassation éventuel.

Relation statutaire entre le patient et le praticien

Les rapports entre les usagers de l'administration et les agents de celle-ci ne sont pas de nature contractuelle mais statutaire. Lorsqu'il est amené à être hospitalisé, le patient va donc bénéficier d'un service public dont il est l'utilisateur. Sa prise en charge est alors encadrée par un certain nombre de textes (libre choix de l'établissement par le malade, qualité de la prise en charge, droit à l'information, accès au dossier médical ...) figurant dans le CSP, et notamment par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

Principe : impossibilité de traduire personnellement un fonctionnaire devant une juridiction administrative

En cas d'exercice dans un établissement public, le médecin n'encourt aucune responsabilité personnelle à l'égard du patient en vertu du principe de la responsabilité administrative qui fait que les fonctionnaires ne peuvent être personnellement assignés devant un juge qu'en cas de faute personnelle. En dehors de ces situations, l'administration « fait écran » entre le praticien et le patient. Le patient doit donc demander réparation à l'établissement devant la juridiction administrative. Cette règle s'applique lorsque la faute du praticien constitue une faute de service engageant l'établissement. L'administration n'est cependant pas dépourvue de tout recours contre son agent et peut, dans certains cas, exercer une action récursoire à l'encontre de celui-ci (se retourner contre lui). Ce n'est pas le cas lorsque l'acte dommageable constitue une faute personnelle détachable du service.

Responsabilité personnelle du médecin hospitalier

Faute personnelle détachable du service

Selon les règles de la responsabilité administrative, la responsabilité personnelle du médecin se trouve engagée lorsqu'il

commet une faute qualifiée de faute personnelle détachable du service. Il s'agit d'une faute spécifique définie comme « celle qui relève d'un manquement inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique » (chambre criminelle de la Cour de cassation 2 avril 1992). Les cas de fautes personnelles des médecins hospitaliers sont rares en jurisprudence. Constitue par exemple une faute personnelle détachable du service, le médecin de garde qui refuse de se déplacer au chevet d'une patiente blessée par balle alors que l'interne l'avait appelé à deux reprises et qu'il avait souligné l'état inquiétant de la patiente, le retard dans l'intervention chirurgicale ayant entraîné le décès de la patiente (Conseil d'État 1^{er} juillet 1990). La faute personnelle détachable du service s'oppose à la faute de service qui correspond, quant à elle, « à la marge de manœuvre de mauvais fonctionnement qu'il faut attendre de la diligence moyenne ».

La qualification de faute personnelle détachable du service fait perdre au praticien son privilège de juridiction et le renvoi devant un juge judiciaire. Elle entraîne la responsabilité personnelle pécuniaire de ce praticien qui doit réparer les conséquences du dommage subi par le patient.

Activité libérale du médecin hospitalier

Lorsqu'un médecin exerce en secteur privé à l'hôpital, il est personnellement responsable si le dommage est dû à l'acte médical. En revanche, lorsque le dommage est consécutif à un défaut d'organisation ou de fonctionnement ou à une faute du personnel, la responsabilité échoit à l'hôpital.

Responsabilité des établissements publics

En tant qu'établissements publics administratifs, les hôpitaux disposent de la personnalité morale et répondent des dommages qu'ils peuvent causer.

Le principe de la responsabilité administrative est conforme au droit commun et est fondé sur la faute. Pendant des années, la jurisprudence administrative avait établi une distinction en fonction de l'origine du dommage et exigeait la preuve d'une faute lourde lorsque le dommage résultait d'un acte médical, alors qu'il suffisait de prouver une faute simple lorsque le dommage était consécutif à un acte de soins. Cette distinction a été condamnée par un arrêt du Conseil d'État du 10 mars 1992. Depuis lors, une faute simple suffit pour engager la responsabilité de l'hôpital.

En principe, la faute simple de l'hôpital doit être prouvée par la victime. Cependant, pour faciliter l'indemnisation des patients, la jurisprudence a posé des présomptions de fautes dans l'organisation et le fonctionnement du service dans diverses hypothèses. Elle fait notamment jouer cette présomption dans les cas :

- d'actes de soins courants : la faute est alors déduite de la disproportion entre le caractère bénin de l'acte et la gravité de ses conséquences ;
- de dommage imputable à un défaut d'asepsie : il incombe en effet à l'hôpital de fournir du matériel et des produits stériles ;
- de brûlures : la constatation de brûlures sur le patient qui n'ont pu être qu'occasionnées par le matériel de l'hôpital révèle par elle-même une faute dans le fonctionnement du service ;
- ...

Responsabilité de l'État

Le fait, pour l'État, de mettre en place une aide médicale d'urgence aux personnes victimes d'un accident ou d'une affection aiguë peut être source de responsabilité.

À titre d'exemple, un patient victime d'une luxation de l'épaule sur l'île de Saint-Barthélemy est transporté à l'hôpital local : la radiographie réalisée en urgence confirme le diagnostic ; toutefois, en l'absence d'anesthésiste, un transfert est envisagé qui ne peut être réalisé compte tenu de la fermeture nocturne de l'aéroport de l'île. Le patient est finalement transféré le lendemain et la luxation réduite ; toutefois, le

patient devait garder des séquelles neurologiques définitives. La responsabilité de l'hôpital local (compte tenu de l'absence de médecin anesthésiste) ne devait pas être retenue par le tribunal administratif puis par la cour administrative d'appel de Bordeaux ; en revanche, ces mêmes juridictions administratives rejetaient la responsabilité de l'État en violation des dispositifs de la loi sur l'aide médicale d'urgence.

■ Infections nosocomiales

Définitions

Les infections nosocomiales se définissent comme des infections contractées dans un établissement de soins qui n'étaient ni en incubation ni présentes à l'admission du malade. Ces infections peuvent être contractées à l'occasion d'un acte réalisé pendant l'hospitalisation (intervention chirurgicale, mise en place d'un cathéter veineux...), ou lors de l'hospitalisation de malades dont les défenses immunitaires sont très affaiblies (sida, maladies cancéreuses prolongées...). Les secondes sont plus liées à la gravité de la maladie qui amène le malade à l'hôpital qu'à un défaut d'hygiène ou un défaut d'organisation. Elles sont dites « endogènes » car elles découlent de la propre flore bactérienne du patient. Les autres sont dites « exogènes ».

La circulaire du 13 octobre 1998 « relative à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales » précise que l'infection nosocomiale :

- est une maladie provoquée par des micro-organismes ;
- est contractée dans un établissement de soins par tout patient après son admission, soit pour une hospitalisation, soit pour y recevoir des soins ambulatoires ;
- que les symptômes apparaissent lors du séjour à l'hôpital ou après ;
- il faut que l'infection soit reconnaissable aux plans clinique et/ou microbiologique.

Il est généralement admis de prendre en compte un délai de 48 à 72 heures entre l'admission et le début de l'infection. Ainsi, si l'infection se révèle moins de 48 heures après l'admission du patient dans l'établissement de soins, on en déduit que l'infection était en incubation au moment de l'admission, et qu'elle n'a donc pas été contractée dans l'établissement de soins. Pour les infections de plaie opératoire, les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention, ou dans l'année, s'il y a mise en place de dispositif médical (prothèse), sont dites nosocomiales.



Responsabilité des établissements de santé

« De plein droit »

En matière d'infection nosocomiale, la responsabilité des établissements de santé est de plein droit (mais non aux praticiens qui ne restent désormais responsables des infections nosocomiales subies par leur patient qu'en cas de faute prouvée). Par exemple, une clinique est présumée responsable d'une infection nosocomiale contractée par le patient lors d'une intervention en salle d'opération, à laquelle doit être assimilée une salle d'accouchement, à moins de prouver l'absence de faute de sa part (Cass. civ. 1^{re}, 16 juin 1998). Ou encore le fait que des traitements n'aient pas été effectués avec du matériel d'injection à usage unique, et compte tenu du délai écoulé entre l'hospitalisation et l'apparition des symptômes de l'hépatite B, les premiers juges peuvent rattacher cette dernière aux traitements effectués à l'hôpital, révélant ainsi une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier (Conseil d'État, 31 mars 1999).

Arrêts dits « des staphylocoques dorés »

Trois arrêts du 29 juin 1999, dits « des staphylocoques dorés » consacrent définitivement la responsabilité de l'établissement de soins en matière d'infection nosocomiale. Selon ces arrêts, le contrat d'hospitalisation qui se forme entre un patient et un établissement de soins met à la charge de ce dernier, en matière

d'infection nosocomiale, une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut s'exonérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère. L'établissement de soins est responsable in solidum avec le médecin d'une infection à staphylocoques provoquée au cours de l'arthrographie d'un genou, même en l'absence de pouvoir d'intervention ou d'organisation de la clinique. Le préjudice est constitué par la perte de chance d'échapper à une atteinte à son intégrité physique. La réparation ne se limite pas au préjudice moral, mais à tous les chefs de préjudice évalués en droit commun, et sur certains desquels les organismes sociaux peuvent exercer leurs recours (Cass. civ. 1^{re}, 29 juin 1999). On notera toutefois que les établissements, services et organismes sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

Preuve de l'infection nosocomiale à la charge du patient

Si l'établissement de soins est présumé responsable de l'infection contractée lors d'un séjour hospitalier, et s'il lui appartient de rapporter la preuve d'une cause étrangère, il n'en reste pas moins qu'il incombe au patient de prouver que l'infection a bien été contractée à cette occasion. (CA Toulouse, 1^{re} Ch., 4 septembre 2000). Si le chirurgien était tenu d'une obligation de sécurité-résultat en ce qui concerne l'infection nosocomiale contractée par un de ses patients, c'est à ce dernier de rapporter la preuve que l'infection dont il est atteint a été contractée dans un établissement de soins (Cass. civ. 1^{re}, 27 mars 2001).

■ Réparation des risques sanitaires

Généralités

L'un des objectifs de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 était de répondre aux attentes des victimes d'accidents médicaux non fautifs qui ne pouvaient, de ce fait, obtenir la réparation de leurs préjudices par la mise en œuvre classique de la responsabilité médicale. Le législateur a donc décidé de mettre en place un système d'indemnisation relevant de la solidarité nationale. Les dispositions de la loi du 4 mars 2002, transcrites aux articles L. 1142-1, II du CSP, s'appliquent aux accidents médicaux consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins réalisés à compter du 5 septembre 2001, même si la réparation des dommages résultant de ces accidents fait l'objet d'une instance en cours, à moins qu'une décision de justice irrévocable n'ait été prononcée (Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002).

Condition de l'indemnisation

L'indemnisation au titre de la solidarité nationale bénéficie aux victimes « d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales » lorsque la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé ou d'un producteur de produit de santé, ne peut être engagée en raison de cet accident.

Les préjudices invoqués doivent être directement imputables à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins (Art. L. 1142-1, II) : il faut donc établir le lien de causalité entre l'acte de soin et l'accident médical.

Ils doivent avoir eu pour le patient « des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci » (des séquelles inévitables sont exclues du nouveau régime).

Enfin, le préjudice doit remplir des critères de gravité fixés par décret, appréciés au regard de la perte de capacité fonctionnelle et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail. Le taux d'incapacité permanente est au plus égal à 25 % et il doit être précisé par décret.

Le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003, relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du CSP (JO n° 81 du 5 avril 2003, p. 6114), dispose que :

- article 1^{er} : « Le pourcentage mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique est fixé à 24 % ;
- un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale présente également le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique lorsque la durée de l'incapacité temporaire de travail résultant de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale est au moins égale à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ;
- à titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu :
 - lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale ;
 - ou lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionnent des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence ».

Procédure d'indemnisation

Selon l'article L 1413-14 du CSP : « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un évènement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative ». Par ailleurs, toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention de diagnostic ou de soins, ou ses ayants droits, si la personne est décédée, doit être informée par les professionnels ou les établissements de santé concernés sur les circonstances et les causes de ce dommage (art. L. 1142-4 CSP).

L'information doit être délivrée au patient au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou à sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Du point de vue procédural, on peut imaginer que si un patient victime d'un aléa thérapeutique perdait ou voyait son droit à indemnisation retardé du fait de la violation du devoir d'information du professionnel ou de l'établissement, il pourrait engager la responsabilité civile ou administrative de ces derniers. Il pourrait également engager la responsabilité pénale de l'établissement ou du professionnel selon le chef d'accusation d'atteinte à l'intégrité de la personne, voire omission de porter secours.

Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI)

Les CRCI sont des commissions composées de représentants des usagers du système de santé, et des professionnels. Leur fonctionnement a été aménagé par le décret n° 2002-886 du 3 mai 2002 (a. R 795-41 à R 795-59 du CSS). Leur rôle est de :

- faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels de santé ;
- mais, elles siègent également en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et en formation de conciliation.

Elles peuvent être saisies par toute personne s'estimant victime d'un accident médical, ou par ses ayants droit. La saisine d'une commission suspend les délais de prescription jusqu'au terme de la procédure prévue par la loi. Les commissions régionales doivent émettre un avis dans un délai de 6 mois à compter de leur saisine (le délai commence à courir lorsque le dossier de saisine est complet). Par ailleurs, le recours à une commission régionale n'a pas de caractère obligatoire, et peut se cumuler avec une procédure de droit commun. Dans ce cas, la victime doit informer la commission saisie des procédures juridictionnelles qu'elle a engagées.

Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux

Les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'ONIAM ont fait l'objet de deux décrets du 29 avril 2002. Il s'agit d'un établissement public à caractère administratif de l'État, qui est garant de la solidarité nationale. Son financement est assuré par une dotation globale dont le montant est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Il agit comme un fonds de garantie qui intervient, soit en qualité de substitut de l'assureur, soit au nom de la solidarité nationale.

L'Office est tenu de procéder à l'indemnisation de la victime, dans trois cas (a. R.795-15 à R 795-19 du CSS) :

- en cas d'absence d'assurance ;
- lorsque les plafonds d'assurance sont dépassés ;
- en cas de silence ou de refus explicite de l'assureur de faire une offre. Dans ce cas, il doit respecter la procédure d'offre, comme s'il était l'assureur, mais il dispose d'un recours subrogatoire à l'encontre de l'assureur qui s'expose à des pénalités.

Il doit rembourser l'assureur qui a transigé avec la victime sans responsabilité de son assuré. Cette disposition intéressante est de nature à faciliter l'indemnisation des victimes, car l'assureur est d'autant plus enclin à régler qu'il sait qu'il peut se faire indemniser au cas où il viendrait à établir ultérieurement que son assuré n'est pas responsable. L'assureur se trouve dans la situation de celui qui a versé une avance sur recours.

L'ONIAM procède par ailleurs à l'indemnisation des victimes d'aléa thérapeutique, en l'absence de toute responsabilité d'un professionnel de santé.

■ Responsabilité pénale du médecin

Généralités

La responsabilité pénale entraîne le prononcé d'une sanction à l'encontre de celui qui est jugé et reconnu coupable d'avoir commis une infraction pénale. Pour que la responsabilité pénale du médecin soit engagée, il faut donc que la faute qu'il a commise soit constitutive d'une infraction pénale réprimée par le Code pénal ou le CSP. Les modalités et l'importance de la condamnation dépendent de la gravité de l'infraction commise. Les infractions pénales sont classées, suivant leur gravité, en crimes, délits et contraventions (art. 111-1 Code pénal). En matière de responsabilité médicale, la peine dépendra de la gravité de l'atteinte subie par le patient : décès ou durée de l'incapacité de travail. La responsabilité pénale du médecin peut être engagée, quel que soit son mode d'exercice (libéral, privé ou public). L'action publique est généralement déclenchée sur plainte du patient. La compétence juridictionnelle est conditionnée par l'infraction réalisée. Ainsi, le tribunal de police est compétent pour les contraventions, le tribunal correctionnel pour les délits et la cour d'assises pour les crimes.

Action de la victime

Dans un procès pénal, la victime n'est généralement pas partie au procès. Tout se passe théoriquement entre le Ministère public, qui représente la société, et le médecin accusé d'avoir commis une infraction pénale. Pour que la victime participe au procès, elle doit se porter partie civile par voie d'intervention à l'action publique engagée préalablement par le Ministère public.

La constitution de partie civile n'est pas nécessairement accompagnée d'une action civile qui reste une simple faculté offerte à la victime. Dans certains cas, l'action civile en réparation ne peut d'ailleurs pas être exercée devant la juridiction pénale. Il en est ainsi lorsque la victime d'une infraction commise par un fonctionnaire ou un agent public dans l'exercice de ses fonctions (hors les cas de fautes personnelles détachables du service) puisque seule la juridiction administrative est compétente pour condamner l'administration à des réparations civiles.

Pour que l'action civile en réparation du dommage causé par l'infraction soit déclarée recevable devant une juridiction

répressive, il faut notamment que le demandeur dispose d'un droit à réparation et que l'action en responsabilité n'ait pas, au préalable, été engagée devant la juridiction civile.

Condition de la responsabilité pénale

La responsabilité pénale suppose la réunion de trois conditions : une faute, un dommage corporel subi par le patient, et un lien de causalité certain entre la faute et le dommage. L'absence d'un de ces trois éléments fait échapper à toute responsabilité pénale.

Faute pénale du médecin

La première condition est que la faute doit être commise par le médecin. Si le décès ou les blessures occasionnées au patient ne sont pas le résultat d'un comportement fautif du médecin, sa responsabilité pénale ne pourra pas être engagée. Les tribunaux considèrent en outre que tout traitement comportant une part d'aléas, il faut apprécier le comportement du médecin in concreto ainsi que l'état préalable du patient. Il est également admis que l'interprétation des symptômes comporte une certaine marge d'erreur non fautive en raison de leur complexité et de leur caractère équivoque. Ainsi, tout en admettant que certaines erreurs de diagnostic peuvent constituer une faute pénale, la jurisprudence considère que certaines erreurs de diagnostic ou de jugement ayant entraîné de mauvais choix thérapeutiques ne constituent pas toujours des fautes au sens pénal du terme, même si ces erreurs se traduisent par l'aggravation de l'état du patient, voire le décès du patient. Il en est ainsi, par exemple, lorsqu'un diagnostic tardif s'explique par la complexité des symptômes et la difficulté de leur constatation et de leur interprétation (CA Nancy, 6 mai 1999). En revanche, le médecin qui s'abstient des diligences normales qui auraient permis de diagnostiquer une lésion et de mettre en œuvre un traitement approprié, cette négligence contribuant à causer le décès du patient, se rend coupable du délit d'homicide involontaire (Cass. crim. 29 juin 1999).

Différents aspects de la faute pénale

On distingue les fautes de commission et d'omission.

Fautes de commission

Ce sont celles que le médecin peut commettre au moment de poser son diagnostic et de choisir une thérapeutique, au cours d'une intervention ou dans la conduite d'un traitement. Le Code pénal les qualifie de « maladresse » (geste maladroit d'un chirurgien provoquant une lésion de l'artère poplitée au cours d'une arthroscopie) et « d'imprudence » (fait pour l'anesthésiste de quitter l'opéré dans un délai trop rapide après une intervention pour prothèse totale de hanche « constituant incontestablement une faute d'imprudence en relation de causalité avec la mort du patient »).

Fautes d'omission

La sanction des fautes d'omission se présente différemment selon que l'on reproche au praticien une abstention partielle (s'être abstenu d'accomplir un acte jugé indispensable au cours d'une intervention) ou une abstention totale (refus d'agir).

Abstentions partielles

Elles sont qualifiées par le Code pénal d'inattentions ou de négligences : il y a inattention à oublier une compresse lors d'une intervention pour prothèse totale de hanche.

Abstentions totales

Le refus de se déplacer ou le retard délibéré de l'intervention du médecin lorsqu'il est informé que l'état du malade ou du blessé nécessite une action immédiate peut être qualifié d'homicide involontaire. Elle peut également être qualifiée de non-assistance à personne en péril. Lorsqu'il apparaît certain que l'abstention totale ou que le retard, tel qu'il équivaut à un

refus d'intervention, est la cause première du décès du patient, la chambre criminelle de la Cour de cassation retient plutôt la qualification d'homicide involontaire.

Typologie des fautes pénales

Le Code pénal fait une distinction entre les infractions intentionnelles (les crimes et les délits) et les infractions non intentionnelles (certains délits limitativement énumérés et les contraventions).

Infractions intentionnelles

Meurtre (art. 221- 3 Code pénal). C'est le fait de donner la mort et d'avoir donné délibérément la mort à son patient. Le meurtre est puni de 30 ans de réclusion criminelle. Lorsque le meurtre est prémédité (dessein formé avant l'action), le crime est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Empoisonnement (art. 221-5 Code pénal). C'est le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort. L'empoisonnement est puni de 30 ans de réclusion criminelle.

Sauf cas d'euthanasie, les médecins sont rarement inquiétés par ce genre d'infractions.

Non-assistance à personne en péril (ou omission de porter secours article 223-6 Code pénal). C'est le fait pour « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire ». Ce délit est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Pour que le délit soit constitué, il faut :

- un péril. Le péril ne concerne que les êtres vivants. S'il est établi que le patient est décédé au moment de l'appel lancé au médecin, il ne peut y avoir application d'une sanction pénale. En effet, un mort n'est plus une personne au sens juridique du terme, de même qu'il n'est plus en péril. Si le médecin a conscience que le patient pour lequel on l'appelle est dans un état critique, son intervention devient indispensable, l'assistance étant possible jusqu'au décès ;
- un péril imminent, réel et constant : il faut que le péril soit actuel, rendant l'assistance immédiatement nécessaire, et d'une urgence aiguë. La gravité du péril est appréciée au moment de l'appel au secours. Il doit être personnellement constaté par le médecin ou signalé dans des conditions qui ne peuvent faire croire au manque de sérieux de l'appel ;
- pour que le délit soit constitué, il faut encore que le médecin ait conscience du péril. Ceci ne fait aucune difficulté lorsque le médecin est présent pour constater la gravité de l'état du patient. La situation est plus délicate lorsque le médecin est interrogé par téléphone et qu'il doit, à distance, apprécier si son intervention immédiate est nécessaire.

Cette infraction correspond à deux situations de fait : en exercice libéral pour le médecin qui ne répondrait pas à un appel ou qui refuserait de se déplacer parce qu'il n'est pas de garde⁸. Dans le cadre hospitalier, un médecin qui n'interviendrait pas à proximité de l'hôpital sous prétexte que les faits se déroulent à l'extérieur (le praticien doit se déplacer à condition que ce déplacement ne crée pas pour les malades du service une situation de danger).

⁸ Voir par exemple CA Nancy, 2 juin 1965 : un médecin de ville est averti qu'à 200 mètres de son cabinet un homme vient d'être blessé d'un coup de couteau et baigne dans son sang. Le médecin fait répondre « prévenez une ambulance, amenez-moi le blessé ou faites-le évacuer vers un hôpital ». Il est reconnu coupable du délit de non-assistance à personne en péril car il avait l'obligation de se rendre sur place, de constater lui-même les blessures et de se renseigner sur l'état du blessé ; T Correc. Thionville, 9 janvier 1998 : un médecin généraliste de garde reçoit à 2 heures du matin un appel téléphonique de la voisine d'un homme qui tousse et se plaint de douleurs diffuses. L'appel téléphonique ne révèle pas l'identité du patient. Le médecin conseille la prise d'aspirine. Le lendemain, lors de la demande d'établissement d'un certificat de décès par le commissariat de police, le médecin découvre que l'appel de la nuit concernait un de ses patients qui venait de décéder d'une importante insuffisance cardiaque. Il est condamné à 4 mois de prison avec sursis et 1 500 euros d'amende pour avoir refusé de se déplacer.

Violation du secret professionnel (article 226-13 et s. Code pénal). La violation du secret professionnel suppose une révélation (quelle que soit sa forme) volontaire d'une information dont le médecin est dépositaire de par sa profession. Ceci couvre bien entendu ce qui lui est confié, mais également ce qu'il a vu, lu, entendu ou compris. Le secret professionnel n'est pas opposable au malade. À l'inverse, le malade ne peut délier le médecin du secret professionnel qui est d'ordre public.

Il existe bien entendu un certain nombre de dérogations au secret professionnel que l'on peut classer :

- en déclarations obligatoires : déclaration de naissances auxquelles il a assisté si le père ne le fait pas (absent, décédé, inconnu), déclaration de décès, déclaration des maladies contagieuses au médecin de la DDASS dont la liste est fixée réglementairement, déclarer les maladies vénériennes éventuellement sous forme nominative lorsque le malade en période de contagion refuse d'entreprendre ou de poursuivre un traitement, indiquer le nom et les symptômes présentés par un malade sur un certificat d'internement, signalement des alcooliques dangereux pour autrui, établissement des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences dans le cadre des accidents du travail et maladies professionnelles, communication d'informations à l'Institut national de veille sanitaire (INVS) pour la prévention et la maîtrise des risques pour la santé humaine, déclaration des suspicions de maladie de Creutzfeldt-Jakob ou d'autres encéphalites subaiguës spongiformes transmissibles à l'homme (la déclaration reste anonyme) renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles aux administrations ...
- en autorisation de dénonciations : signalement et témoignages (art. 226-14 Code pénal) concernant les sévices ou mauvais traitements infligés aux mineurs de moins de 15 ans ou personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger ou signalement avec accord de l'adulte victime des sévices constatés dans l'exercice de leurs fonctions et qui permettent de présumer des violences sexuelles, signalement de violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature, communiquer les données médicales nominatives au département d'information médicale pour l'évaluation de l'activité (établissements publics ou privés), transmission de données dans le cadre de traitement de données nominatives autorisées (par la Commission nationale de l'informatique et des libertés [CNIL]), information des autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou ayant manifesté l'intention d'en acquérir une, signalement d'une personne blessée par arme à feu ou arme blanche.

Violences volontaires. Le médecin qui exécute un acte médical malgré le refus du patient ou alors que son patient n'est pas informé accomplit une infraction de violences volontaires. Il s'agit, par exemple, du cas où un obstétricien procéderait à la stérilisation de sa patiente lors de son accouchement sous césarienne, quand bien même elle aurait déjà une multitude d'enfants. Il s'agit encore des cas où le médecin réaliserait un acte sans finalité médicale, et ce quand bien même le patient aurait consenti à l'acte (exception faite de la recherche biomédicale).

Infractions non intentionnelles

Atteinte à l'intégrité physique d'autrui. « Le fait de causer à autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, une interruption temporaire de travail pendant plus de 3 mois ». L'infraction est réprimée par les articles 222-19 et 20 du Code pénal et passible d'une condamnation de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende en cas de blessure involontaire ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 3 mois.

Homicide involontaire. C'est « le fait de causer, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, la mort d'autrui ». Il est, quant à lui, passible d'une sanction de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Les sanctions prévues en cas d'atteinte involontaire à la personne sont aggravées lorsque le dommage résulte d'un manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence imposé par la loi ou les règlements.

Sanction pénale

Les conséquences de la responsabilité pénale se traduisent par le prononcé d'une sanction contre les personnes coupables d'avoir commis une infraction. Si le système de répression organisé par le Code pénal apparaît rigide et exclusivement fondé sur la gravité de l'atteinte corporelle de la victime, le juge dispose en réalité d'une large palette de condamnation.

Le Code pénal comporte des indications du plafond que le juge ne peut dépasser. Il ne prévoit aucune peine minimale. Le juge va donc prononcer des peines et fixer leur régime en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur (art. 132-24 Code pénal). Le montant de l'amende est, quant à lui, déterminé en fonction des ressources et des charges de l'auteur de l'infraction. Lorsque l'infraction poursuivie est punie d'une ou plusieurs peines complémentaires, le juge peut ne prononcer qu'une ou plusieurs de ces peines complémentaires à titre de peine principale à la place des peines d'emprisonnement et d'amende.

La condamnation effectivement prononcée peut, en outre, être assortie d'un sursis, total ou partiel, simple ou avec mise à l'épreuve (Cf. par exemple CA Caen 17 mai 1989 ; dans cette affaire, le médecin avait été condamné à suivre une formation médicale postuniversitaire pendant la durée de mise à l'épreuve qui était de 5 ans. Il apparaissait en effet nettement que les fautes reprochées au médecin résultaient de son ignorance professionnelle due à une absence de suivi d'un enseignement postuniversitaire).

Enfin, depuis le 11 juillet 1975, le tribunal peut, après avoir déclaré le prévenu coupable, le dispenser de peine.

Prescription des actions pénales

Le délai de prescription des infractions sanctionnant les atteintes involontaires à l'intégrité corporelle est de 1 an pour les contraventions et de 3 ans pour les délits. Le point de départ de ce délai est fixé au jour où les éléments constitutifs de l'infraction sont réunis. Il en résulte que le point de départ du délai de prescription d'un homicide involontaire est fixé au jour du décès de la victime, tandis que le point de départ du délit de blessures involontaires n'est fixé qu'au moment où existe l'incapacité. Lorsque le dommage n'apparaît qu'après la répétition de la faute (par exemple au cours d'un traitement de longue durée), le délai de prescription ne commence à courir qu'après l'apparition du dommage.

Le délai de prescription des infractions sanctionnant les atteintes volontaires à la vie est de 10 ans (crime) à compter du jour de commission de l'infraction.

Poursuites disciplinaires et action pénale

Dans la majorité des cas, les fautes ayant donné lieu à des poursuites pénales sont également constitutives de manquements à des obligations professionnelles sanctionnées sur le plan disciplinaire. Le praticien pourra donc être poursuivi, non seulement devant une juridiction pénale, mais également devant la juridiction disciplinaire.

■ Responsabilité disciplinaire

Généralités

En application de l'article L. 4121-2 CSP, l'Ordre des médecins (...) veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine (...), par tous leurs membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L. 4127 CSP.

L'Ordre des médecins assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. Il accomplit sa

mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux et du Conseil national.

Le Code de déontologie médicale regroupe les règles auxquelles les médecins doivent se conformer dans l'exercice de leur art. Il comporte 112 articles qui définissent, dans un titre I, les devoirs généraux des médecins, les devoirs envers les patients (titre II), les rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé (titre III), les conditions d'exercice de la profession libérale (titre IV) et les dispositions diverses (titre V).

La responsabilité disciplinaire du médecin peut être engagée sur le fondement, non seulement du Code de déontologie médicale, mais aussi sur des principes de moralité et de probité, de dévouement exigé par l'exercice de l'art médical.

Hiérarchie ordinale

Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Il n'a, en principe, aucun pouvoir disciplinaire, mais réceptionne les plaintes portées devant lui. Il est alors tenu d'en accuser réception à son auteur, en informer le médecin mis en cause et convoquer les parties en vue d'une conciliation dans un délai de 1 mois à compter de l'enregistrement de la plainte. En cas d'échec de cette conciliation, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance accompagnée de son avis motivé dans un délai de 3 mois à compter de l'enregistrement de la plainte. En cas de carence de sa part, l'auteur de la plainte peut saisir le Conseil national et demander une saisine de la chambre disciplinaire de première instance compétente.

Conseil régional de l'Ordre des médecins

En application de l'article L. 4124-1 CSP, la chambre disciplinaire de première instance doit statuer dans un délai de 6 mois du dépôt des plaintes. À défaut, le président de la chambre disciplinaire nationale peut transmettre la plainte à une autre chambre disciplinaire de première instance.

Conseil national de l'Ordre des médecins

La chambre disciplinaire nationale est saisie des appels des décisions des chambres disciplinaires de première instance. Ses décisions sont susceptibles de recours devant le Conseil d'État dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision.

Règles de saisine

Plaintes portées contre un médecin chargé d'un service public

En application de l'article L. 4124-2 CSP, seuls le ministre de la santé, le représentant de l'État dans le département et le procureur de la République peuvent porter plainte contre les médecins pour tous les actes accomplis à l'occasion de leur fonction publique. Ces dispositions s'appliquent aux experts judiciaires qui exercent une mission d'auxiliaires de justice ainsi qu'aux médecins conseils des caisses d'assurance maladie, malgré le statut privé de ces organismes.

Patient qui porte plainte

Avant la loi du 4 mars 2002, le patient qui portait plainte n'avait, devant le conseil régional, que la qualité de témoin et non celle de partie à l'instance. Ceci lui fermait la possibilité des voies de recours devant le Conseil national de l'Ordre des médecins à l'encontre de la décision du Conseil national.

Selon l'article L. 4122-3 CSP, le patient qui porte plainte se trouve désormais doté du statut de partie avec la possibilité de se faire assister ou représenter par un avocat ou d'accéder au dossier. Il a la possibilité de faire appel devant la chambre disciplinaire nationale (en attente de décret d'application).

Médecin mis en cause

Le médecin mis en cause bénéficie des mêmes règles de protection que devant les autres juridictions. Il peut se faire

assister d'un confrère ou d'un avocat, il a accès au mémoire écrit en défense et, à l'audience, il a la parole en dernier.

Prescriptions

Il n'existe pas de prescription particulière pour saisir l'ordre. Des amnisties sont toutefois susceptibles d'éteindre les poursuites engagées pour ce qui est des infractions qui ne portent pas atteinte à la probité, aux bonnes mœurs ou à l'honneur.

Sanctions encourues

Selon l'article L. 4124-6, les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales, l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis, cette interdiction ne pouvant excéder 3 années, la radiation du tableau de l'ordre. Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou du conseil interrégional et du conseil national, de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre pendant une durée de 3 ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme radiés ne peuvent se faire inscrire à un autre tableau de l'Ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres conseils départementaux et de la chambre disciplinaire nationale dès qu'elle est devenue définitive. Les peines et interdictions prévues au présent article s'appliquent sur l'ensemble du territoire de la République. Si, pour des faits commis dans un délai de 5 ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce l'une des sanctions prévues aux 3^e et 4^e, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.



■ Expertise

Définition

C'est une mesure d'instruction instituée par le juge ; l'expert est un auxiliaire de la justice qui doit répondre aux questions de la mission et exclusivement à celles-ci ; l'expert ne dit jamais le droit ; le titre d'expert est protégé par la loi et il existe deux « grades » : expert près la Cour d'appel, expert près la Cour de cassation. Les modalités d'inscription et de réinscription sur les listes sont soumises à des processus réglementaires stricts (décret du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires).

Préparation de l'expertise

Le médecin mis en cause a tout intérêt à demander à ce que l'expert soit un praticien qualifié dans sa spécialité. Il doit en outre se préparer à cette mesure d'instruction qui sort du champ d'application habituel de son exercice professionnel. Il doit transmettre à l'expert toutes les pièces du dossier médical dans des délais raisonnables. En matière civile, les opérations d'expertise sont obligatoirement contradictoires et tous ces documents seront analysés par toutes les parties.

Déroulement de l'expertise

L'expert, en règle unique dans les procédures civiles et/ou administratives, peut s'adjoindre un sappeur. Le médecin mis en cause rencontre, au cours des opérations d'expertise, tous les

acteurs qui l'ont mis en cause : le patient, l'avocat de celui-ci, le médecin de recours qui défend les intérêts du patient. Même si les étapes ne sont pas formellement prescrites, l'expertise comprend : le rappel des faits (histoire de l'affection, description des interventions chirurgicales, étude des suites, etc.), l'enregistrement des doléances du patient, l'étude des pièces et documents médicaux d'origine (dossier médical, comptes rendus, etc.) et l'examen du patient. L'expert applique, en général, la méthode des standards pour répondre aux questions de la mission : l'attitude du praticien mis en cause a-t-elle été au niveau ou en dessous des standards habituellement pratiqués dans le cas particulier de l'affection présentée par le patient et du traitement institué par le praticien.

L'expert peut proposer, en fonction de la mission, d'établir un pré-rapport qui laisse aux parties la possibilité de lui faire parvenir toutes observations ou dires. Dans ses conclusions, l'expert détermine les différents chefs de préjudices patrimoniaux (incapacité temporaire de travail, incapacité permanente partielle, etc.) et extrapatrimoniaux (préjudice esthétique, pretium doloris, etc.). Lorsque le rapport est déposé à la juridiction compétente, l'expert est déchargé de sa mission.

Décision du juge

Les conclusions de l'expertise ne s'imposent pas au juge, même si, en pratique, dans la majorité des cas, il valide les propositions contenues dans le rapport d'expertise. Là encore, le praticien incriminé a tout intérêt à se présenter au tribunal pour se défendre avec l'aide de son conseil.

■ Conclusion

Si la loi du 4 mars 2002 réaffirme la notion de faute, elle rend désormais obligatoire l'assurance en responsabilité professionnelle : la dangerosité potentielle de l'exercice médical a eu pour conséquence l'augmentation des primes d'assurance et, dans certains cas, la résiliation des contrats en cours. Le caractère législatif de l'information obligatoire nécessite une réorganisation des consultations et une gestion différente du temps de travail. Le risque nosocomial a été largement médiatisé et la démonstration de la cause étrangère qui permet l'exonération de la responsabilité reste quasi impossible à apporter sur le plan juridique. De façon subsidiaire s'est développée l'idée d'une quasi-obligation de résultat, surtout dans l'exercice de certaines spécialités. Enfin, la notion du « principe de précaution » tend à être déclinée dans un esprit de géométrie qui s'éloigne de la dimension éthique et de l'esprit de finesse de la profession médicale. Néanmoins, les récents éléments législatifs et jurisprudentiels ont entraîné un malaise parfois profond. Il reste indispensable de se soumettre aux nouvelles dispositions réglementaires : l'information impose, en particulier, la validation de comportements et de protocoles, de même que la prévention des infections nosocomiales. Ces protocoles doivent être validés, certes sur le plan juridique, mais aussi sur le plan déontologique et scientifique. En cas de litige, le dossier reste un élément capital qui sera toujours étudié par l'expert : la gestion des dossiers médicaux nécessite, là encore, une nouvelle dimension organisationnelle. À l'instar des écrits d'un grand homme politique, « le médecin ne doit jamais avoir peur de ses fautes » ; la légitimité de l'amélioration des offres d'indemnisation des patients, en particulier dans les infections nosocomiales et dans les aléas thérapeutiques, ne doit pas toutefois transformer ceux-ci en assujettis sociaux ou en ayants droit exclusifs. La dimension éthique de la profession médicale y perdrait et il n'est pas sûr que le patient y gagne.

Pour en savoir plus

- Guerrier L, Roteau L. *Manuel pratique de jurisprudence médicale*. Paris : Masson ; 1890.
 Cas. Civ. 1^{er}, 20 mai 1936.
 Hoerni B, Saury R. *Le consentement - Information, autonomie et décision en médecine*. Paris : Masson ; 1998 (156p).
 Cass. Civ. 1^{er}, 9 oct. 2001, *Juris-Data* n°2001-011237.

CA Bordeaux, 5^e ch., 12 novembre 2002, Belotti c/ Bouchet : *Juris-Data* n°196124.
 Cas. Civ. 1er, 14 février 1973. *Gaz Pal* 1973;1:341.
 Voir article 35 du code de déontologie et « Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information ». ANAES; mars 2000.
 Voir par exemple Cas. Civ. 1^{er}, 5 mars 1991, *Juridisque Lamy* n°82-16.926,
 Cass. Civ. 1^{er}, 16 mars 1994, *Juridisque Lamy* n°92-16-167.
 Cass. Civ. 1^{er}, 14 octobre 1997.

Rapport du conseiller SARGOS sous Cass. Civ. 1^{er}, 14 octobre 1997 : *JCP G* 1997, II, 22942. Le Conseil d'État se réfère quand à lui au décès ou à l'invalidité. CE 05 janvier 2000, Cts T : Rec. P. 5.
 Cas. Civ. 1^{er}, 07 déc. 1999; Cas civ. 1^{er}, 18 juillet 2000.
 SARGOS. *Entreprise Méd* du 10 mai 1999 (n°183):4.
 Faugeloras P. La responsabilité du médecin de garde aux urgences. *Med Droit* 1998(28):14-21.

H. Coudane, professeur des Universités, praticien hospitalier, Chef de service, Expert près la Cour de cassation (pascal.rateau@medecine.uhp-nancy.fr).
 Service A.T.O.L., Hôpital Central, CO n° 34, 54035 Nancy cedex, France.

F. Claudot, Assistant hospitalier-universitaire.
 Service de médecine légale et droit de la santé, Faculté de Médecine, BP 184, 54505 Vandœuvre cedex, France.

P. Bernard, Rhumatologue, Expert près la Cour d'appel de Metz.
 30, rue des Clercs, 57000 Metz, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Coudane H., Claudot F., Bernard P. Responsabilité liée à l'exercice médical en pathologie ostéo-articulaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Appareil locomoteur, 15-910-A-10, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations