

INTRODUCTION SUR LE PRINCIPE DE RESPONSABILITE

La notion de responsabilité

Lorsque l'on parle de responsabilité, il est important de savoir quelle responsabilité est concernée. Il peut s'agir d'une **responsabilité source de sanction** (telle la responsabilité pénale ou la responsabilité disciplinaire) ou d'une **responsabilité source d'indemnisation** (responsabilité civile ou administrative). La première consiste à sanctionner des comportements que la société réprime; la seconde consiste à faire indemniser la victime d'un dommage causé par un tiers.

Aujourd'hui, la distinction est nette mais pendant longtemps, les deux types de responsabilité ont été confondues. Dans la bible, on retrouve la loi du Talion dont la maxime était « œil pour œil ». C'est à dire que si une personne était responsable de la perte d'un œil chez une autre personne, elle était sanctionnée en perdant son propre œil.

Heureusement, s'est mis en place progressivement un système de compensation monétaire. La notion de réparation monétaire s'est dessinée et des codes de pratique d'indemnisation se sont mis en place. Mais, jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, l'auteur réparait le dommage qu'il avait causé en puisant sur son patrimoine personnel. Il aurait été considéré comme immoral que ce soit une autre personne ou structure qui paie à sa place. Les deux notions, sanction et réparation étaient donc toujours très intriquées.

A la fin du 19^{ème} siècle, ère de l'industrialisation, certaines personnes ont dû réparer le dommage causé à d'autres même s'ils n'étaient pas directement responsables du dommage. Ce fut notamment l'apparition des indemnisations des accidents de travail pour lesquels les employeurs étaient tenus responsables, même s'ils n'étaient pas directement fautifs. Parallèlement, se sont mis en place des systèmes d'assurance.

A partir de cette époque, la responsabilité indemnitaire est devenue un droit à réparation à part entière et s'est distinguée du principe de sanction.

Donc aujourd'hui, la responsabilité « sanction » et la responsabilité « indemnisation » sont deux notions bien distinctes.

Brefs historiques de la responsabilité médicale

La responsabilité du médecin n'est pas une notion nouvelle. Les Babyloniens avaient déjà un code « le code d'Hammourabi » qui comportait 282 dispositions parmi lesquelles la règle 218 « si un médecin incisant un abcès perd son malade ou l'œil de son malade, on lui coupera la main ». Dans les siècles qui suivirent, se succédèrent des périodes d'immunité totale puis des retours à une recherche de responsabilité des médecins.

Mais c'est à partir du 19^{ème} siècle que s'est instaurée la responsabilité médicale telle qu'on la conçoit aujourd'hui.

La responsabilité pénale et la responsabilité disciplinaire ont une fonction répressive. **La responsabilité civile et la responsabilité administrative** ont pour seul but l'indemnisation d'une victime. Ces deux aspects seront envisagés tour à tour sous les titres: responsabilités-indemnisations et responsabilités-sanctions.

La profession nourrit de nombreux fantasmes en matière de responsabilité. Il s'agit pourtant d'un contentieux de très faible importance numérique, toutes les études sérieuses le démontrent. Et le nombre d'affaires n'augmente pas de manière significative, contrairement à ce qu'il est parfois prétendu. Ce qui est en augmentation c'est le nombre des déclarations de "sinistres" faites par les médecins à leurs assureurs, qui ne reflète que leur louable prudence. Mais l'immense majorité de ces déclarations ne débouche sur aucune action en justice. La "dérive à l'américaine" est l'un de ces fantasmes, et une crainte infondée compte-tenu des conditions juridiques très différentes entre les États-Unis et la France. D'autre part, les actions pénales, qui sont le plus à redouter, essentiellement parce que la presse en fait état, représentent à peine 10% des actions en justice. Reste que, individuellement, pour le médecin qui fait l'objet d'une recherche en responsabilité, peu importe le caractère rassurant des statistiques!

LA RESPONSABILITE INDEMNITAIRE

Comme son nom l'indique, la responsabilité indemnitaire a uniquement une fonction indemnitaire. Elle est mise en jeu lorsque, de part son fait, une personne a entraîné un dommage. La personne responsable engage sa responsabilité dans le sens où elle doit indemniser la victime. Le but d'une responsabilité indemnitaire n'est donc pas de « punir » un responsable mais d'indemniser une victime.

La responsabilité indemnitaire est une responsabilité civile lorsque l'exercice médical se fait en milieu privé (activité libérale, clinique). Il s'agit d'une responsabilité administrative lorsque l'activité est exercée en milieu hospitalier.

I) LA RESPONSABILITE MEDICALE CIVILE

A) Principes de la responsabilité civile

La responsabilité civile peut être de deux types : délictuelle ou contractuelle.

La responsabilité délictuelle est retenue lorsqu'une personne, de part son fait, a porté préjudice à une autre personne (elle lui a causé un dommage). Il n'existe aucun lien particulier entre ces deux personnes. Par exemple, un individu A renverse un individu B et lui cause un dommage (une jambe cassée). L'individu A engage sa responsabilité vis à vis de B et devra l'indemniser.

La responsabilité contractuelle est mise en jeu lorsqu'un contrat a été établi entre deux personnes (avec détermination d'obligations pour chacun des contractants) et qu'un des contractants n'a pas rempli les obligations auxquelles il s'était engagé dans ce contrat.

Les contrats peuvent être divers et variés. Ils ne nécessitent pas forcément de formalisme (rédaction d'un écrit) et peuvent être oraux. Par exemple, lorsqu'un client entre dans une boulangerie, demande un pain et que le commerçant lui remet, un contrat est établi. L'obligation du client est de payer le pain et l'obligation du commerçant est de vendre un pain sain et bon. Les obligations contenues dans un contrat peuvent parfois être définies par les contractants eux même (je prête un champ à mon voisin pour mettre ses moutons et m'engage à lui en assurer l'usage et celui ci s'engage à me donner un mouton tous les ans).

Dans les deux cas, la responsabilité est retenue s'il y a un fait fautif, un dommage et un lien de causalité entre les deux (il faut que le dommage soit bien lié au fait fautif).

Classiquement, il appartient au demandeur (celui qui estime être victime et avoir subi un dommage) de prouver le fait fautif, l'existence du dommage et le lien de causalité.

B) La responsabilité médicale civile

1) Notion de contrat médical

Depuis 1936, la responsabilité médicale est classiquement une responsabilité de type contractuelle. En effet, en 1936, la cour de cassation, dans un arrêt « Mercier » a établi

« qu'entre le médecin et son client, se forme un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».

Ainsi, entre le médecin et son patient s'établi un contrat de soin.

2 Nature du contrat médical

C'est un contrat civil. Il n'a pas la nature d'un contrat commercial. C'est à dire que le médecin n'est pas soumis aux règles du droit commercial.

C'est un contrat oral. Aucun formalisme n'est nécessaire pour que le contrat soit établi. Il suffit que le médecin ait accepté de proposer des soins et que le patient est accepté de recevoir le traitement et le contrat s'établi.

C'est un contrat conclu intuitu personnae (en considération de la personne). Le médecin s'engage donc à traiter personnellement le patient. Si ce n'est pas le cas, il doit avertir son patient.

C'est un contrat synallagmatique. Chacun des contractants a des obligations. Le patient a obligation de payer les honoraires du médecin et à suivre ses prescriptions. Les obligations du médecin ont été définies par l'arrêt « Mercier » : l'obligation de soins et l'obligation d'information.

3. Situation extra contractuelle

Dans certaines situations, aucun contrat ne s'est formé entre le médecin et son patient et la responsabilité est régie selon les règles de la responsabilité délictuelle.

Absence d'accord de volonté de la part du patient

Pour que le contrat soit valable, il faut que les deux contractants soit capables et aient donné leur accord. Ce n'est pas le cas lorsque les soins sont réalisés chez un patient inanimé. De même, lors de soins chez le mineur ou l'incapable, il n'y a pas de contrat entre le patient et le médecin.

Type d'exercice médical

Pour qu'un contrat soit valable, il faut que l'objet du contrat (en l'occurrence, les soins apportés) soit licite. Si une personne pratique un exercice illégal, le contrat est lui-même illégal.

Le médecin hospitalier et le médecin conseil d'une caisse d'assurance n'établissent pas de contrat avec le patient. Le patient établi un contrat avec l'hôpital ou la caisse mais pas directement avec le médecin.

Nature du dommage

Le dommage peut être situé hors du champ contractuel. Par exemple, un patient tombe en sortant de chez le médecin et en trébuchant sur une marche mal réparée. Le médecin en repartant d'une visite abîme le portail du patient. Les rapports sont alors de nature délictuelle car on n'est plus dans le cadre du contrat de soins.

4. Intérêt de la distinction

La distinction entre les deux types de responsabilité était intéressante autrefois pour différentes raisons.

Le délai de prescription

C'est le délai au-delà duquel il n'est plus possible d'agir en justice. Dans le cadre d'une responsabilité délictuelle, ce délai est de 10 ans alors qu'il est de 30 en matière contractuelle. Cependant depuis la loi du 4 mars 2002, il est établi que le délai de prescription en matière médicale est maintenant de 10 ans, quel que soit le cadre.

La responsabilité du fait des choses

Le propriétaire d'une chose peut engager sa responsabilité lorsque cette chose est la cause du dommage d'un tiers. Ce type de responsabilité du fait des choses est intéressant car la victime a juste à prouver son dommage et le lien de causalité entre celui-ci et la chose. Il n'a pas à prouver la faute du propriétaire de la chose. Or, la responsabilité du fait des choses n'était classiquement reconnue qu'en matière délictuelle. Mais depuis plusieurs années, la jurisprudence reconnaît une responsabilité du fait des choses notamment en matière médicale.

Ainsi, en matière médicale, la distinction n'a aujourd'hui plus aucun intérêt. De toutes façons, les obligations du médecin sont toujours les mêmes, quelque soit son mode d'exercice et elles sont telles qu'elles ont été définies dans l'arrêt « Mercier ».

C) Les obligations du médecin

Nous pouvons, pour plus de clarté, les regrouper en 3 chapitres

1. le devoir d'humanisme

Dans ce chapitre, nous trouvons des obligations qui découlent des principes généraux de respect du patient.

Le médecin doit respecter le secret professionnel

Il a également une obligation d'assistance à personne en péril.

Ces obligations sont également définies dans le code pénal et le code de déontologie et peuvent donc être source de responsabilité pénale et disciplinaire.

Ces notions sont traitées dans un chapitre à part. (voir secret professionnel).

2. le respect de la licéité de l'acte médical

Un médecin peut porter atteinte à l'intégrité physique d'un patient car il le fait **dans un but médical et avec le consentement du patient**. Ces deux conditions sont nécessaires.

Ainsi, le médecin a deux obligations :

Il doit intervenir dans un but

3. l'obligation de soins

L'obligation de soins a été définie dans l'arrêt Mercier. « il se forme un contrat comportant, pour le médecin l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ». Cette obligation est cependant identique dans toutes les situations, contractuelles ou extra-contractuelles, dans le secteur privé ou public (nous verrons en effet que la jurisprudence administrative s'y réfère comme la jurisprudence judiciaire, sous des vocables souvent différents mais à contenu unique).

Le respect des règles de l'art

Le médecin doit donc apporter au patient tous les soins qui lui sont nécessaires et doit tout mettre en œuvre pour essayer de la guérir ou du moins le soulager. Pour ce faire, il doit donner des soins consciencieux et attentifs. Il doit donc se comporter comme « un bon médecin », c'est à dire un médecin prudent et diligent.

Il doit agir « conformément aux données acquises de la science » donc en respectant les règles de l'art. Il s'agit pour le médecin de faire bénéficier son patient, des soins adaptés à son état, tels que les connaissances médicales du moment les décrivent. Il s'agit des données acquises de la science. Pendant un temps, les médecins se sont demandés s'il fallait tenir compte des dernières nouveautés en matière médicale mais plusieurs arrêts ont précisé depuis qu'il s'agit bien des données acquises et non actuelles.

(élaboration des règles de l'art : voir cours DC1)

2. La nature de l'obligation de soin du médecin

L'obligation du médecin est donc, en toutes circonstances, de mettre au service du patient les moyens les plus adaptés à son état compte tenu des connaissances du moment. **C'est une obligation de moyens**, et généralement, c'est au plan technique sa seule obligation.

Ses autres obligations relèvent de **devoirs d'humanisme** (information, consentement, respect de la personne, secret, etc.).

Ceci implique qu'il n'est pas tenu à un résultat. L'obligation du médecin n'est donc pas de guérir le patient mais de tout mettre en œuvre pour.

La nature de cette obligation en matière médicale vient du caractère aléatoire de l'acte médical.

Cependant il ne faudrait pas en conclure que le médecin n'a jamais à sa charge une obligation de résultat. Toujours tenu par une obligation de moyens, **il l'est en outre parfois par une obligation de résultat.**

Déjà il peut de manière licite s'engager au résultat, transformant son obligation, et devant alors tenir son engagement.

En outre, dans la mesure où l'obligation de moyen est justifiée par le caractère aléatoire des effets des actes réalisés, dès lors que l'aléa disparaît, l'obligation est à nouveau de résultat. Ainsi, dans certains domaines, la jurisprudence estime que la sécurité peut être assurée. L'obligation de résultat a donc été reconnue pour les examens de laboratoire de "routine", lors de la confection d'une prothèse en laboratoire ou industrielle, pour les vaccinations obligatoires, les accidents de transfusion sanguine et plus récemment lors de l'utilisation de matériel d'investigation ou utilisation de produits.

Dans tous ces domaines, le médecin doit assurer **la sécurité de son patient**. Si ce résultat n'est pas atteint, sa responsabilité est automatiquement engagée sans qu'il soit nécessaire de rechercher une faute. L'obligation de résultat favorise l'indemnisation du patient puisque celui-ci n'a pas à prouver que le médecin a commis une faute.

Cependant, dans un arrêt de novembre 2000, les juges de la cour de cassation ont rappelé que, même s'il a été reconnu une obligation de résultat dans certains domaines, l'obligation principale du médecin reste une obligation de moyen. Par contre, il est tenu comme à un résultat de ne pas mettre en péril sa sécurité.

D) Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité civile médicale

Pour que la responsabilité du médecin soit retenue, il faut qu'ait été commise une faute, qu'un dommage en résulte et que le lien de causalité entre les deux soit prouvé.

1. La faute

Les fautes contre l'humanisme

Nous avons vu que les obligations du médecin comportaient un devoir d'information, la nécessité d'obtenir le consentement du patient, le respect de la personne et celui du secret professionnel. Tout non-respect de ces obligations constitue une faute pouvant engager la responsabilité civile.

Les fautes d'imprudence

Il s'agit de l'erreur de côté ou l'erreur de patient.

Les fautes techniques

Elles peuvent être retenues lors de l'élaboration du diagnostic, lors du choix du traitement ou lors de la réalisation d'un acte particulier.

L'attitude du médecin sera considérée comme fautive en comparaison avec la conduite du « bon médecin » qui aurait, dans les mêmes circonstances agit avec prudence, en respectant les règles de l'art. Le juge demandera aux experts si la conduite du médecin est celle qu'aurait eu un bon professionnel », si on peut expliquer le choix du médecin (ex : divergence d'écoles).

Par exemple, un médecin ne commet pas forcément une faute s'il n'a pas fait un diagnostic mais seulement s'il n'a pas mis en œuvre les examens réalisés habituellement pour faire le diagnostic.

2. Le dommage

Tous les dommages sont reconnus : physique, moral.

La perte de chance est un dommage particulier : parfois, le médecin a commis une faute mais les experts ne savent pas si, même si le médecin avait agi conformément aux règles de l'art, la complication aurait été évitée. Dans ce cas, les juges estiment que le patient a perdu une chance d'être guéri ou de ne pas avoir eu cette complication. Le dommage indemnisé est la perte de chance et non pas le dommage physique (ou moral) lié à la complication.

3. Le lien causal

le lien causal entre la faute et le dommage doit être certain et direct.

C'est pourquoi, lors d'une perte de chance, il n'est pas possible d'indemniser le dommage physique lui-même.

4. La procédure

Le patient qui entame une procédure pour rechercher la responsabilité civile d'un médecin a un choix à opérer (si une transaction amiable n'a pas été recherchée ou obtenue).

-soit il utilise la voie pénale de la constitution de partie civile, décrite plus haut (tout en sachant qu'il ne pourra faire alors appel aux "techniques de la perte de chance et de la présomption de faute admises parfois par le juge civil).

-soit il porte son action devant les juridictions civiles. Il doit alors assigner le médecin devant l'une de ces juridictions. Il est demandeur dans ce procès, le médecin étant défendeur.

Dans le procès civil tout le fardeau de la recherche des preuves pèse sur le demandeur. (sauf en matière d'information cf chapitre information consentement)

Les actions en responsabilité médicale sont le plus souvent de la compétence du Tribunal de grande instance. Le recours sera possible devant une Chambre civile de la Cour d'appel. Un pourvoi en cassation pourra être formé devant une Chambre civile de la Cour de cassation.

II) LA RESPONSABILITE MEDICALE ADMINISTRATIVE

Deux particularités sont à prendre en compte en matière de responsabilité administrative :

- 1) les règles de la responsabilité administrative sont autonomes par rapport aux règles de la responsabilité civile : un conflit opposant l'administration à un particulier ne peut être jugé que par un juge administratif et le juge administratif ne juge pas selon les règles du code civil
- 2) sur le plan indemnitaire, l'administration est responsable du fait de ses agents. Ainsi, si les agents de l'administration ont, de par leur faute entraîné un dommage, l'administration prend en charge l'indemnisation du dommage.

A) Définition de la faute médicale en matière de responsabilité administrative

1. Les obligations du médecin

Comme nous venons de le voir, le juge administratif n'est pas lié par les règles du droit civil. Ainsi, les règles de la responsabilité administrative se sont élaborées petit à petit grâce à la jurisprudence administrative. Le droit hospitalier est donc un droit jurisprudentiel.

L'exercice médical n'est pas réglementé par le principe du contrat médical. En effet, le patient ne contracte pas avec le médecin qui n'est qu'un agent du service public.

Cependant, la loi hospitalière, pour définir les obligations du médecin a repris les règles élaborées par le juge civil : l'exercice médical doit être conforme aux règles de bonnes pratiques médicales et aux règles de déontologie :

- le médecin a obligation de donner des soins attentifs, conformes aux données actuelles de la science
- il a un devoir d'humanisme : respect du consentement, nécessité d'apporter une information loyale et adaptée, respect du secret professionnel.

Il s'agit également d'une obligation de moyen, c'est à dire que la faute médicale sera définie par rapport à un idéal de conduite (attitude du « bon médecin ») et la faute ne sera retenue que lorsque le médecin n'aura pas agi en respect des règles de l'art (règles de bonnes pratiques médicales).

La loi hospitalière a également repris les missions du service public « les établissements de santé publique assurent les examens de diagnostics, la surveillance et le traitement des malades, blessés et femmes enceintes ». Ainsi, l'hôpital a lui-même une obligation de moyen en matériel et personnel pour ce qui concerne l'organisation de soins.

2. particularité de la faute en responsabilité administrative

Il faut toutefois signaler quelques particularités de la faute telle qu'elle est reconnue par le juge administratif.

a. la distinction de la faute lors d'un acte médical et de la faute dans les actes de soins et d'organisation du service

Ces deux types de faute vont, de toutes façons, engager la responsabilité de l'administration. Aujourd'hui la distinction n'est pas très importante mais il faut savoir qu'avant 1992, elle l'était puisque, pour engager la responsabilité de l'administration, il fallait une faute lourde en matière médicale (alors qu'une faute légère suffisait pour une faute de soins ou d'organisation du service).

Les actes médicaux sont formés par tous les actes réalisés par un médecin et les actes paramédicaux réalisés par un para-médical sous l'ordre d'un médecin.

Les actes de soins ou d'organisation du service sont tous les actes ne relevant pas d'actes techniques de diagnostic ou traitement (patient qui fugue, patient qui tombe d'un brancard, erreur d'administration d'un produit...).

Donc toute faute simple suffit maintenant à engager la responsabilité de l'administration : manquement aux obligations de service, blessures par imprudence, défaut de surveillance, retard de diagnostic ou traitement, défaut d'organisation du service ...

b. la présomption de faute

Le fondement principal reste celui de la faute (comme en matière civile). Il faut normalement une faute prouvée pour engager la responsabilité de l'hôpital.

Cependant, le juge administratif a reconnu, dans certains domaines, une présomption de faute. Ainsi, lorsqu'un dommage grave survient dans les suites d'un acte de soins courant, le patient n'a pas à prouver qu'il y a eu une faute, celle-ci est présumée.

Exemple de domaine de présomption de fautes : complications après des vaccinations obligatoires, troubles neurologiques secondaires aux anomalies de posture après intervention chirurgicale, infections nosocomiale.

Ce système de responsabilité est intéressant pour le patient car il n'a pas à apporter la preuve d'une faute.

c. la responsabilité sans faute

Dans certains domaines, le juge administratif a reconnu que la responsabilité de l'hôpital pouvait être engagée même en l'absence de faute.

Ceci a été initialement reconnu lors de dommages graves survenant après l'utilisation de techniques nouvelles. Depuis 1994 lors d'un arrêt Bianchi, la jurisprudence administrative l'a reconnu à d'autres situations.

Quatre conditions doivent être remplies :

- un dommage d'une extrême gravité
- la réalisation d'un risque exceptionnel mais connu
- un risque sans rapport avec les prédispositions du patient ou l'évolution prévisible de sa maladie.

Pour exemple, dans l'affaire Bianchi, le sieur Bianchi était resté tétraplégique dans les suites d'une artériographie vertébrale. Aucune faute n'avait été commise et il a été reconnu que la complication était liée à une occlusive de l'artère vertébrale en rapport avec des troubles hémodynamiques, risque rarissime mais connu.

Le patient n'a pas à apporter la preuve d'une faute.

d. le défaut d'information

(voir chapitre information)

B) L'indemnisation du dommage

L'hôpital est responsable sur le plan indemnitaire des fautes de ses agents, quelle que soit leur fonction (infirmier, aide soignants, externes, internes, médecins ..), que la faute ait été réalisée lors d'actes de soins ou d'actes médicaux.

La seule exception est la faute détachable du service. Lorsque la faute de l'agent hospitalier est commise en dehors de son service ou que cette faute est d'une extrême gravité, l'hôpital ne prend pas en charge l'indemnisation et l'agent engage sa responsabilité civile personnelle. Il est alors jugé par le juge civil, comme toute personne privée (le juge administratif ne jugeant que l'administration).

La faute d'une extrême gravité est rarement reconnue et retenue dans des cas extrêmes : refus d'un chirurgien de se déplacer en garde et décès du patient, chirurgien opérant en état d'ivresse.

C) Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité

Comme en matière de responsabilité civile, la mise en œuvre de la responsabilité nécessite une **faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux**. Le patient doit apporter la preuve

de trois éléments (sauf de la faute en cas de présomption de faute ou responsabilité sans faute).

Tous les dommages sont actuellement reconnus par le juge administratif.

III) EVOLUTION : TENDANCE A UNE HARMONISATION EN MATIERE DE RESPONSABILITE MEDICALE

Nous avons vu que depuis plusieurs années, les jurisprudences civiles et administratives tendent à unifier la définition de la faute médicale et à harmoniser leur pratique. Le but étant, bien sûr, de créer des conditions d'indemnisation à peu près identiques entre les patients, qu'ils aient été pris en charge en privé ou en milieu hospitalier.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a renforcé cette volonté.

A) une définition commune de la faute médicale

De manière générale, la loi du 04 mars 2002 a rappelé que la responsabilité d'un médecin ne peut être engagée qu'en présence d'une faute prouvée. Ainsi, la responsabilité d'un professionnel de santé ne pourra pas être recherchée si il n'y a pas de faute commise sauf dans le cadre d'un dommage lié à un produit défectueux (voir plus loin responsabilité du fait des produits).

B) les domaines précis de responsabilité sans faute

La loi a reconnu des domaines de responsabilité pour lesquels, exceptionnellement, la faute n'est pas nécessaire.

1) Responsabilité sans faute en matière d'infections nosocomiales.

On se souvient que le juge civil avait reconnu une obligation de sécurité de résultat et le juge administratif une présomption de faute. La loi du 04 mars 2002 reconnaît, dans ce domaine, une responsabilité sans faute des établissements, quel que soit le lieu d'exercice (par contre seuls les établissements de santé sont concernés, ce qui exclut les professionnels de santé qui, du coup, ne devraient plus encourir de responsabilité (sauf faute prouvée) du fait de dommages consécutifs à une infection nosocomiale).

Si le dommage est majeur, l'indemnisation de la victime ou de ses ayants droits sera assurée par la solidarité nationale par l'intermédiaire de l'Office Nationale d'Indemnisation des Infection Nosocomiale. (voir Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation).

2) La responsabilité du fait des produits défectueux

La Cour de Cassation, nous l'avons vu, met à la charge des médecins une obligation de sécurité résultat en matière de dommage subi par un patient dont l'origine se trouve dans l'emploi d'un produit de santé. Le conseil d'état ne s'est pas prononcé mais la loi du 04 mars 2002 établit que « **hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut**

d'un produit de santé, les professionnels de santé ... sont responsables des conséquences dommageables ... qu'en cas de faute »

Or, une loi du 19 mai 1998 a mis place un régime de responsabilité sans faute du fait des produits.

Ainsi, même si la responsabilité objective n'est pas clairement exprimée dans la réforme, celle ci laisse entrevoir un régime de responsabilité sans faute du fait des produits, en exercice libéral comme hospitalier.

La responsabilité du praticien pourra être recherché si un dommage survient et qu'il est en rapport avec un défaut du produit.

3) La réparation de l'aléa thérapeutique

La loi du 04 mars 2002 s'est prononcée sur la réparation de l'accident médical. Auparavant, comme vu précédemment, seul le juge administratif reconnaissait l'indemnisation du dommage lié à un aléa thérapeutique. En effet, il avait reconnu une responsabilité sans faute de l'hôpital. Par contre, le juge civil, on s'en souvient, n'avait pas voulu mettre à la charge des praticiens libéraux l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

La loi du 04 mars 2002 a mis en place une procédure permettant l'indemnisation de l'accident médical non fautif (aléa thérapeutique).

Pour que soit reconnue une indemnisation pour aléa thérapeutique, plusieurs conditions doivent être réunies :

- il faut que le dommage soit en relation directe avec l'acte de prévention de diagnostic ou de soin
- il faut que soit exclue toute faute médicale ou responsabilité de l'établissement de santé
- il faut que l'accident soit sans rapport avec l'état du patient ou l'évolution prévisible de son état ; par contre, l'accident peut être connu ou non (comme nous l'avons vu, pour le juge administratif, le risque devait être connu)
- il faut que le dommage présente un caractère de gravité assez important (décès ou taux d'Incapacité Permanente Partielle ≥ 25 %).

-

L'indemnisation se fera au titre de la solidarité nationale par un organisme appelé l'Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux.

La demande doit être faite près des Commission Régionale de Conciliation et d'indemnisation.

IV) Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation

La loi du 04 mars 2002 n'a pas foncièrement changé les principes de la responsabilité médicale. Cependant, nous venons de le voir, elle a rappelé que la responsabilité du praticien ne peut être engagée que pour faute et reconnu qu'il existait une responsabilité sans faute des établissements lors de la survenue d'infections nosocomiales. Elle a également reconnu l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

La loi a créé des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation. Ces commissions sont formées de magistrats, représentants des usagers, professionnels de santé, responsables d'établissements de santé et membres de l'office nationale d'indemnisation. Ces commissions ont principalement deux fonctions : un rôle de règlement amiable et une mission de conciliation.

1) Procédure de règlement amiable :

Tout patient qui s'estime victime d'un accident médical (après faute ou non du praticien) peut présenter une demande en vue d'indemnisation près des commissions régionales.

Cette procédure s'effectue en plusieurs étapes:

- 1) demande du patient adressée à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation de sa région par Lettre recommandée avec accusé de réception. Le patient joint également tous les documents médicaux qui sont en sa possession
- 2) la commission procède tout d'abord à un examen de recevabilité.

Toutes les demandes ne sont pas recevables.

Il faut tout d'abord que les faits soient postérieurs au 04 septembre 2001.

Ne sont recevables que les dossiers pour lesquels le dommage est important ou présente un caractère de gravité suffisant.

Les commissions vont donc souvent demander une expertise sur pièce (qui n'est pas obligatoire) afin de déterminer un seuil de gravité qui peut être :

un dommage avec un taux d'Incapacité Permanente Partielle $\geq 25\%$

ou une Incapacité Temporaire de Travail de plus de 6 mois sur des périodes consécutives

ou des troubles d'une particulière gravité dans l'existence

ou la nécessité de changer d'activité professionnelle

- 3) si la demande n'est pas recevable, la Commission peut proposer au patient une conciliation.
- 4) Si la demande est recevable, la commission diligente une deuxième expertise qui aura pour but de déterminer principalement deux choses
 - le dommage est-il lié à une faute ou à une infection nosocomiale ou à un aléa thérapeutique
 - l'évaluation du dommage : l'Incapacité Permanente Partielle, les souffrances endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément.

5) Si la commission estime que le dommage relève de la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement (faute, infection nosocomiale avec IPP < 25%), elle renvoie le dossier vers l'assureur du responsable et lui fait une offre d'indemnisation.

Si l'offre n'est pas acceptée par l'assureur, la commission renvoie les dossiers à l'office d'indemnisation qui se substitue à l'assureur et indemnise le patient (à charge pour elle de se faire ensuite indemniser par l'assureur ou le responsable).

6) Si la commission estime que le dommage relève de la solidarité nationale (aléa thérapeutique, infection nosocomiale avec IPP > 25%), elle renvoie vers l'office nationale d'indemnisation.

Cette possibilité pour le patient de saisir les commissions facilite son action. En effet, il n'a pas à rechercher vers quelles juridictions se tourner. De plus, très souvent, la commission diligentera les expertises nécessaires pour prouver une éventuelle faute. Cependant, la voie judiciaire reste ouverte au patient.

Ainsi, il existe maintenant deux actions possibles pour le patient : la voie contentieuse (saisine du juge) ou la demande près des commissions

2) Procédure de conciliation

Les commissions peuvent également être saisies par les patients uniquement pour concilier les parties (après par exemple un jugement non appliqué par le médecin ou l'établissement reconnu fautif) ou comme vu précédemment, lorsque le dossier a été jugé comme non recevable.

I) LA RESPONSABILITE PENALE

Elle est sans conteste la plus redoutable, essentiellement par la publicité à laquelle elle donne parfois lieu.

A - Les infractions

Les comportements que la société définit comme répréhensibles sont appelés infractions. Ils sont énumérés dans le Code pénal. Il en existe 3 catégories : les contraventions, les délits, les crimes, du moins grave au plus grave. Il en est très peu qui soient spécifiques à l'exercice médical ; la plupart de ceux qui viennent à être reprochés à un médecin peuvent également l'être à tout citoyen. Parmi eux, on peut distinguer d'une part la violation du secret professionnel et l'abstention de porter secours à personne en péril, d'autre part les atteintes à l'intégrité corporelle.

1. Violation du secret professionnel et abstention de secours (traité à part)

-La violation du secret professionnel, articles 226-13 et 226-14 du Code pénal, est un délit qui vise toute personne dépositaire obligée d'un secret, le médecin en particulier.

-L'abstention de secours à personne en péril, article 223-6 alinéa 2 du Code pénal, est également un délit qui ne vise pas spécifiquement le médecin, bien qu'il soit particulièrement exposé à le commettre.

2. Atteintes à l'intégrité corporelle

-L'exercice médical implique à chaque instant des atteintes volontaires à l'intégrité corporelle. C'est en raison du but thérapeutique d'une part, du consentement du patient d'autre part - ces deux conditions devant être impérativement réunies - que le médecin peut impunément commettre ces atteintes volontaires au corps humain. Dès que l'une de ces conditions manque, l'infraction est constituée: l'euthanasie est, en droit, un assassinat; une stérilisation pour convenance personnelle était, jusqu'il y a deux ans, constitutive de coups et blessures volontaire (une loi de 2001 a rendu cet acte licite lorsqu'il est réalisé avec l'accord écrit du patient) ; de même qu'une intervention sans le consentement du patient.

-*Les atteintes involontaires à l'intégrité corporelle* constituent la majeure partie des infractions reprochées aux médecins. Il s'agit de l'homicide et des blessures causées par la maladresse, l'imprudence, la négligence ou l'inobservation des règlements, articles 221-6, 222-19, 222-20 du Code pénal.

Pour que l'infraction soit caractérisée, il faut qu'une faute ait été commise par le médecin (faute d'imprudence dans l'élaboration du diagnostic, dans la prescription ou la réalisation du traitement).

Il faut également que soit prouvé, de manière certaine, le lien de causalité entre cette faute et les blessures, ou la mort de la victime.

En matière pénale les textes appliqués par les tribunaux sont d'interprétation stricte. Ceci explique que le juge pénal ne peut ni faire appel à la présomption de faute, ni à la notion de perte de chance, ce que peut faire le juge civil (cf. supra). Il en résulte que les chances de gagner son procès sont moindre pour le patient au pénal qu'au civil, d'où - et heureusement - un recours moins fréquent à la voie pénale.

B - Mise en oeuvre

La mise en oeuvre de la responsabilité pénale suppose que soient engagées des poursuites, et que ces poursuites débouchent sur un jugement par une juridiction répressive.

1. Les poursuites

-En principe, l'initiative des poursuites appartient au Procureur de la République. Il décide des suites à donner aux plaintes, dénonciations, enquêtes de police. Il peut classer sans suite, renvoyer directement l'auteur de l'infraction devant la juridiction de jugement, ou requérir l'ouverture d'une information confiée à un juge d'instruction. Si l'affaire n'est pas classée sans suite, l'étape de l'instruction est la règle en matière médicale compte-tenu de la complexité habituelles des dossiers. A l'issue de l'instruction, une Ordonnance est rendue, soit de non lieu, soit de renvoi devant la juridiction compétente.

-Les poursuites peuvent également résulter de la plainte avec constitution de partie civile de la victime ou de ses ayants-droit (sa famille). Dans ce cas, l'instruction est ouverte, soit contre X, soit contre personne nommée, sans que le Procureur de la République puisse l'empêcher. Si l'instruction ne se clôt pas par un non lieu, la juridiction de jugement aura à se prononcer non seulement sur la culpabilité du médecin mis en cause, mais aussi sur les dommages-intérêts dus par lui à la victime. Si la relaxe est prononcée (absence de culpabilité), aucun dédommagement ne pourra être dû.

-Dans une troisième hypothèse, la constitution de partie civile par la victime peut intervenir soit en cours d'instruction, soit devant la juridiction de jugement, avec les mêmes effets que précédemment, sur le plan des intérêts civils (de la demande de dommages-intérêts).

2. Les juridictions

-Les contraventions sont jugées par le Tribunal de police, les délits par le Tribunal correctionnel, les crimes par la Cour d'assise. Les infractions reprochées aux médecins relèvent habituellement du Tribunal correctionnel, car elles constituent, pour l'essentiel, des délits.

-Les jugements de ces juridictions sont susceptibles de recours devant la Cour d'appel. L'appel suspend l'application du jugement. L'affaire est jugée par la Cour d'appel à nouveau sous tous ses aspects. L'arrêt de la Cour d'appel peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant la Cour de Cassation. Il ne s'agit pas d'un troisième examen au fond, mais

seulement de la vérification de l'exacte application du Droit compte-tenu des faits établis par les précédentes juridictions.

II. RESPONSABILITÉ DISCIPLINAIRE

A- La faute et les sanctions disciplinaires

1. Définition de la faute disciplinaire

Est une faute disciplinaire tout manquement aux règles de la déontologie médicale. C'est la violation d'une règle morale, plus que d'une règle proprement juridique, qu'elle soit inscrite dans un texte, Code de déontologie médicale par exemple, ou non. Ces fautes ont en principe un rapport avec l'activité professionnelle, mais pas exclusivement, un acte de la vie privée pouvant porter atteinte à l'honneur ou à la moralité de la profession. (voir chapitre déontologie)

Les sanctions disciplinaires

Ce sont: l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer des fonctions médicales dans le secteur public et social, l'interdiction temporaire d'exercer la médecine (pendant 3 ans au maximum), la radiation du tableau de l'Ordre.

L'action disciplinaire est indépendante de l'action civile, pénale ou d'une autre action disciplinaire (statutaire de la fonction publique par exemple) exercée par ailleurs.

B - Mise en oeuvre

1. Les juridictions

La juridiction compétente est le Conseil régional de l'Ordre. Ses décisions peuvent faire l'objet d'un appel devant la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre.

Un pourvoi en cassation peut être formé devant le Conseil d'Etat.

a) Le Conseil Régional de l'Ordre

La loi du 04 mars 2002 a transformé le conseil régional en une chambre disciplinaire de 1^{ère} instance qui gèrera les attributions disciplinaires et un conseil régional administratif qui s'occupera des attributions administratives. Pour une compréhension plus claire, nous continuerons, dans ce cours, à utiliser les anciennes dénominations).

Chaque conseil comprend 9 membres titulaires et 9 membres suppléants. Sont éligibles les médecins remplissant les mêmes conditions que pour l'éligibilité aux Conseils départementaux. Sont électeurs les Conseils départementaux. Les membres suppléants remplacent ponctuellement les titulaires empêchés de siéger. Le mandat est de neuf ans, avec renouvellement par tiers tous les 3 ans.

Sont adjoints au Conseil régional avec voix consultative :

- un conseiller juridique (magistrat honoraire, avocat)

- un directeur départemental de l'action sanitaire et sociale
- un professeur de faculté désigné par le ministère de l'Education nationale
- un médecin-conseil régional des assurances sociales

Le conseil élit un Président, un Vice-Président, un Secrétaire, un Trésorier, après chaque renouvellement.

Il ne peut siéger valablement que si au moins 5 membres à voix délibératives sont présents, et en nombre impair.

Il a des attributions juridictionnelles (juridiction disciplinaire) et administratives (il peut être amené à statuer lors de contestations relatives à l'inscription au tableau de l'ordre d'un médecin ou pour se prononcer sur une Infirmité ou état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession)

b) Le Conseil national de l'Ordre

Il est composé de 38 membres :

- 32 élus pour six ans par les Conseils départementaux
- 2 représentants les DOM-TOM
- 1 membre de l'Académie nationale de médecine
- 3 cooptés par les précédents

Sont adjoints avec voix consultative 3 médecins représentant les Ministres de la Santé, de l'Education et du Travail.

De plus, un Conseiller d'Etat l'assiste avec voix délibérative.

Il a **des fonctions juridictionnelles** (c'est la juridiction disciplinaire de 2^{ème} degré)

- *La loi du 4 mars 2002 supprime cette organisation en section : la juridiction du 2^{ème} degré est la chambre disciplinaire nationale. Elle est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de 1^{ère} instance.*

et **des fonctions administratives** (contrôle hiérarchique sur les Conseils départementaux, fixation du montant des cotisations, gestion des biens de l'Ordre, recours contre les refus d'inscription aux tableaux départementaux, recours en matière de qualification, recours en matière d'article L. 460).

2. La saisine

Peuvent saisir le Conseil régional :

- le Conseil national
- les Conseils départementaux
- les syndicats médicaux
- le Ministre de la santé
- le Ministre de la Sécurité sociale
- le Préfet de région
- le D.R.A.S.S
- le D.D.A.S.S
- le Procureur de la République
- un médecin inscrit au tableau

Les patients ne le peuvent que par l'intermédiaire d'un Conseil départemental.

En ce qui concerne les médecins du secteur public (hospitalier par exemple), la saisine n'est ouverte qu'au Ministre de la santé, au DDASS, et au Procureur de la République.

Le Conseil régional doit statuer dans les 6 mois du dépôt de la plainte. La plainte est notifiée au médecin mis en cause qui doit présenter sa défense dans un délai de 15 jours. Un conseiller rapporteur est désigné qui peut entendre le médecin et les témoins. Le Conseil peut procéder à une enquête. Le médecin est convoqué à l'audience 8 jours à l'avance. Il a pu auparavant prendre connaissance du dossier. Il peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat. L'auteur de la saisine du Conseil est également convoqué à l'audience dans les mêmes conditions. L'audience n'est pas publique. Les droits de la défense doivent être respectés.

3. La procédure

La plainte est notifiée au médecin en cause. Un conseiller régional établit un rapport au vu des pièces qui lui sont communiquées et, après avoir entendu les parties et les témoins. Le médecin en cause a accès au dossier, il est invité à produire un mémoire écrit en défense, il peut se faire assister d'un confrère ou d'un avocat, en cours d'instruction et à l'audience.

Comme nous l'avons dit précédemment, un patient ne peut pas saisir directement le Conseil Régional de l'Ordre. Il doit déposer une demande près du Conseil Départemental de l'Ordre. Celui va tenter de concilier les parties mais doit transmettre la plainte au Conseil Régional de l'ordre.

Le Conseil Départemental de l'Ordre est formé de médecins appelés des conseillers (au moins de 9 titulaires et de 9 suppléants) élus par les médecins du département. Il varie selon le nombre de médecins du département avec un maximum de 21 titulaires et 21 suppléants.

Ses attributions sont :

- la tenue du tableau départemental
- la qualification des médecins
- la perception des cotisations
- l'examen des contrats
- l'autorisation d'ouverture de cabinets secondaires
- l'autorisation de remplacement
- les licences de remplacement
- le contrôle des libellés des plaques et ordonnances

Il n'a aucun pouvoir disciplinaire. Saisi d'une plainte contre un médecin, il doit la transmettre au Conseil régional avec un avis motivé.

Il peut saisir de sa propre initiative le Conseil régional.

Il est soumis au contrôle hiérarchique du Conseil national qui peut réformer ou annuler toutes ses décisions.