

Stéphanie Porchy

Parallèlement à l'obligation technique de donner au malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, le médecin doit recueillir son consentement libre et éclairé. Consacrée aujourd'hui par de nombreuses sources légales (1), cette obligation est au coeur d'une politique volontariste de la Cour de cassation qui, depuis près de deux ans, en a profondément modifié les conditions de mise en oeuvre (2). L'important arrêt rendu par la première Chambre civile le 7 oct. 1998 contribue à une telle évolution (3).

Afin de traiter une cyphose persistante, consécutive à la fracture accidentelle d'une vertèbre lombaire, une patiente s'adressa à un chirurgien pour procéder à la mise en place d'un cadre de Hartchild. Dans l'après-midi suivant l'intervention, des troubles oculaires se manifestèrent chez la malade qui, malgré une intervention rapide du médecin, causèrent, du fait d'une thrombose du sinus, la perte définitive de l'oeil. Celle-ci intenta dès lors une action en responsabilité contre le chirurgien fondée à la fois sur une faute dans la surveillance post-opératoire (4), et sur l'absence d'information quant aux risques de l'intervention. Ce second argument présentait un intérêt majeur, puisqu'il fut l'occasion pour la première Chambre civile de préciser le critère du risque objet de l'information. Au terme d'un attendu de principe, elle estima en effet, dans une formule ciselée, rendue sous le visa de l'art. 1147 c. civ., qu'« hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés, et qu'il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ». Elle censura alors la décision de la Cour d'appel de Lyon qui, en application d'une jurisprudence classique, avait ici rejeté la faute du médecin, dans la mesure où le risque n'était pas, en l'espèce, normalement prévisible. La décision rendue apparaît fondamentale, la première Chambre civile consacrant en effet ici l'émergence d'un nouveau critère de l'information médicale (I), dont il conviendra d'apprécier les effets sur les diverses obligations incombant au médecin (II).

I - Emergence d'un nouveau critère de l'information médicale

Bien qu'étant de principe, l'arrêt du 7 oct. 1998 ne constitue cependant pas un revirement de jurisprudence. En affirmant en effet que les risques graves, et non seulement courants, constituent l'objet de l'obligation d'information du médecin, la Cour de cassation formule de façon explicite un critère sous-jacent dans sa jurisprudence récente (A), dont l'appréciation demeure sujette à interrogation (B).

A - L'attendu de principe de la Cour de cassation ne se limite pas au seul critère du risque objet de l'information, même s'il en constitue l'apport principal.

Par une formule plus générale, la première Chambre civile définit en effet les contours généraux du devoir de renseignement sur les risques du traitement (5). Sans s'arrêter sur tous les termes de l'attendu (6), certains d'entre eux nous semblent appeler de brèves observations. Ainsi en est-il des hypothèses dispensant le médecin de son obligation. Si l'arrêt réserve en effet explicitement les cas d'urgence, d'impossibilité, et de refus de recevoir l'information (7), peut-on considérer qu'il admette implicitement d'autres dérogations ? Telle est l'opinion de P. Sargos, qui interprète le terme « seul » utilisé dans l'attendu principal comme ouvrant la voie à une autre exception lorsque le médecin juge l'information dommageable pour le malade, eu égard à son état psychologique. Mais, cette interprétation,

si elle devait être retenue, susciterait la plus grande réserve. Aucun texte n'autorise en effet directement une limitation de l'information sur les risques du traitement, du fait d'une fragilité morale du patient. L'art. 35 c. déont. méd. légitime seulement, dans l'intérêt de ce dernier, une dissimulation du diagnostic ou du pronostic grave, ce qui peut certes, dans certains cas, conduire à une limitation de l'information sur les risques du traitement, le malade, tenu dans l'ignorance de la nature de sa maladie, ne pouvant être totalement informé sur les aléas de la thérapeutique afférente. Mais, l'art. 35 ne pose en aucun cas une exception *directe* à l'information, exception au demeurant dangereuse si elle devait être retenue, car elle ouvrirait une brèche considérable dans les droits du patient.

Mais, au-delà de ces incertitudes, l'apport principal de la décision réside dans un renouvellement du critère du risque objet de l'information. Un accord existe, en effet, pour considérer que le médecin ne saurait, en dehors des hypothèses où l'acte ne poursuit pas de finalité thérapeutique directe, être tenu d'informer le patient de *tous* les risques du traitement. La relativité des connaissances médicales, comme le souci de préserver l'état psychologique du malade, exclut toute possibilité d'exhaustivité. Une distinction traditionnelle était donc opérée en fonction de la fréquence statistique de réalisation du risque, le praticien ne devant informer le patient que des risques courants du traitement, et non de ceux qui ne se réalisent qu'exceptionnellement (8). Or, la Cour de cassation rompt ici avec cette position classique puisqu'elle se réfère, en l'espèce, non au critère quantitatif traditionnel, mais à un critère qualitatif : celui de la gravité intrinsèque du risque objet de l'information. La solution, affirmée ici de façon très claire, n'est cependant pas totalement nouvelle. Elle apparaissait en effet en filigrane dans la jurisprudence de la première Chambre civile depuis près d'un an et demi, pour trouver sa formule la plus aboutie dans un arrêt du 27 mai 1998 (9). Mais aucune de ces décisions ne s'était directement prononcée sur le caractère exonératoire de la faiblesse statistique du risque, l'objet des pourvois soumis à la Cour dans ces espèces portant, en fait, non directement sur la nature du risque objet de l'information, mais sur la charge de sa preuve. Dès lors, l'arrêt commenté vient lever les dernières ambiguïtés : le médecin doit informer le patient des risques graves de l'acte médical, le caractère statistiquement négligeable du risque ne le dispensant pas de son obligation. Un nouveau critère est donc nettement mis en valeur par la première Chambre civile, dont il conviendra d'apprécier la pertinence.

B - L'évolution d'un critère quantitatif à un critère qualitatif emporte notre totale approbation. Le critère ancien apparaissait, en effet, doublement inopportun (10). Une pure appréciation statistique était tout d'abord contestable dans son principe. Parmi les facteurs influençant la décision du malade, la question n'est en effet pas seulement de savoir si le risque a une forte probabilité de réalisation, mais aussi, et surtout, de connaître sa nature plus ou moins invalidante, le choix du malade n'étant évidemment pas déterminé de la même façon selon que le risque statistiquement courant est un risque mortel ou bénin. Mais, le critère statistique était surtout inopportun dans son application pratique car, bien que la Cour de cassation ait, dans son ancienne jurisprudence, fixé une ligne de démarcation entre les risques courants et exceptionnels, jamais aucun seuil de fréquence statistique n'a été, et n'aurait d'ailleurs pu être fixé (11). Dès lors, l'étude de la jurisprudence démontre, pour un même acte médical, des disparités d'appréciation difficilement justifiables (12), mettant en exergue l'absence de fiabilité du critère retenu, et justifiant donc une évolution de la jurisprudence.

Mais, si l'abandon du critère statistique doit être approuvé, la référence nouvelle à la gravité du risque doit être clarifiée. La notion même de risque grave semble facile à appréhender. On peut en effet considérer, à la suite de P. Sargos, qu'il s'agit de « ceux qui sont de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes ou même esthétiques graves compte tenu de leurs répercussions psychologiques ou sociales » (13). Mais l'incertitude nous semble demeurer quant au mode d'appréciation de cette gravité. Cette notion devra-t-elle en effet être appréhendée de façon purement objective, ou au regard de facteurs plus subjectifs, tels que le bénéfice attendu du traitement, la situation personnelle du patient, ou l'existence d'autres alternatives thérapeutiques... (14) ? On pourrait en effet imaginer infléchir la qualification de gravité par une technique voisine du bilan risques-avantages, fréquemment utilisé en matière médicale (15). L'arrêt du 7 oct. 1998 ne semble cependant pas suggérer une telle méthode puisqu'il se contente d'une référence au risque grave, sans autre précision,

ce qui semble inviter à une appréciation purement objective. Cette solution nous paraîtrait au demeurant la meilleure, car, dans le but d'une préservation la plus large possible de l'autonomie du patient, celui-ci devrait être averti de tous les risques objectivement graves, pour pouvoir ultérieurement réaliser, avec les conseils du médecin, le bilan risques-avantages ci-dessus mentionné. Une appréciation relative du critère risquerait par ailleurs d'introduire une trop grande subjectivité, conduisant à des divergences sans doute égales à celles dénoncées lors de l'application du critère statistique (16).

II - Effets du nouveau critère de l'information médicale

L'émergence d'un nouveau critère du risque objet de l'information médicale ne résout pas toutes les difficultés. Les conséquences précises de l'évolution doivent en effet être appréciées tant au regard du contenu de l'information (A) que de ses effets sur la responsabilité du médecin (B).

A - L'exacte portée de l'arrêt du 7 oct. 1998 sur le contenu de l'information médicale suscite l'interrogation. Le nouveau critère vient-il en effet totalement se substituer à l'ancien ou seulement s'y ajouter (17) ? L'arrêt, après avoir précisé que l'information doit porter sur les risques graves, se contente d'affirmer que leur réalisation exceptionnelle ne peut à elle seule justifier qu'ils ne soient pas révélés au patient. Mais, qu'en sera-t-il désormais du risque anodin, mais courant d'un point de vue statistique : le patient pourra-t-il réclamer que ce risque lui soit révélé car, malgré son absence de gravité, sa fréquence pourrait influencer sa décision ?

La Haute juridiction n'apporte pas de réponse explicite à une telle question, mais l'arrêt du 7 oct. 1998 nous semble plutôt augurer une réelle substitution de critère (18). En atteste ainsi la rédaction même de l'attendu qui, pensé pour fixer clairement le contenu de l'information, ne fait plus aucune référence à des considérations statistiques, si ce n'est pour en écarter le caractère exonératoire. Or, si la Haute juridiction avait voulu maintenir parallèlement les deux critères, elle l'aurait très probablement dit de façon explicite, par une double référence aux risques graves et courants. En attestent également, bien que de façon moins péremptoire, les conclusions de M. Sainte-Rose sur l'arrêt commenté, qui semble inviter la Cour à une substitution de critères (19). Or, si tel devait être le sens de l'arrêt, il susciterait notre réticence.

La pertinence même de cette substitution, dans l'hypothèse de risques peu graves mais fréquents d'un point de vue statistique, peut tout d'abord être discutée puisque, si tel était le cas, ces aléas ne devraient désormais plus être révélés au patient. Or, ils nous semblent pourtant de nature à influencer sa décision, notamment lorsque existent d'autres alternatives thérapeutiques moins aléatoires. Une double information sur les risques graves et courants permettrait donc un plus juste éclairage sur les aléas du traitement (20). On pourra certes rétorquer que le malade risquerait alors d'être submergé par un flot excessif d'informations, troublant, de fait, son consentement. Mais l'argument nous paraît spécieux, car le médecin ne saurait être tenu d'énumérer l'intégralité des risques présentés par l'acte médical, *en détaillant le contenu*. Dans une juste compréhension de l'obligation d'information, à laquelle la Cour de cassation fait selon nous référence par la notion d'information appropriée, le praticien peut se contenter, sauf volonté contraire du patient, d'aviser celui-ci que l'acte envisagé présente des risques graves ou fréquents statistiquement, sans entrer dans chaque détail (21). Il n'y a donc pas là un afflux de renseignements tel qu'il risquerait d'obscurcir son consentement.

Mais, un autre grief plus général pourrait être adressé à l'éventuelle substitution de critère. Cette évolution nous semblerait en effet accentuer l'orientation sans doute trop réductrice donnée à l'obligation d'information en matière médicale par la jurisprudence récente, qui la considère exclusivement, dans une logique utilitaire empruntée au droit commun des contrats, comme un instrument d'éclairage du consentement (22). Dans un tel contexte, la réorientation vers le critère du risque grave se justifierait donc, car la connaissance de ces risques-là suffit au patient - même si l'on peut contester ce présumé - pour prendre une décision réellement éclairée. Mais, une telle vue n'est-elle pas trop réductrice ? Au-delà d'une

approche contractuelle, qui demeure juridiquement contingente (23), l'obligation d'information doit également être située par rapport à l'atteinte à l'intégrité corporelle réalisée par l'acte médical, atteinte justifiée, ainsi que le précise très clairement l'art. 16-3 c. civ., par la double condition d'une nécessité thérapeutique et d'un consentement préalable. Dès lors, l'obligation d'information n'a pas comme unique finalité un éclairage du consentement par rapport au seul acte médical envisagé. Elle doit aussi être replacée dans la préoccupation plus large du respect de la dignité du patient et de son autonomie dans une relation médicale où il est, par hypothèse, placé en situation d'infériorité. Dans un tel contexte, le patient peut prétendre à une large information - risques graves et risques fréquents - même si tous ces éléments ne sont pas essentiels à sa prise de décision car, dans une vue humaniste de la relation médicale, il doit être au courant des données essentielles de l'acte entrepris sur sa personne. Une solution contraire marquerait un rattachement trop exclusif de l'information médicale au droit commun des contrats, alors que l'obligation trouve ses sources tout à la fois dans les règles contractuelles et le statut juridique du corps humain. Il appartiendra donc à la jurisprudence postérieure de préciser la portée exacte de l'évolution, essentielle tant au regard du contenu même de l'obligation que de ses répercussions sur le droit à indemnisation du patient.

B - La décision du 7 oct. 1998 paraît à première vue s'insérer harmonieusement au sein de la jurisprudence actuelle de la Cour de cassation relative à l'indemnisation des victimes d'actes médicaux. Tout en maintenant fermement l'obligation de moyens dans le domaine de la technique médicale (24), celle-ci assouplit sa position sur le terrain du consentement libre et éclairé (25). Alors que le Conseil d'Etat s'est en effet engagé sur la voie directe de l'indemnisation de l'accident médical (26), la Haute juridiction judiciaire se situerait, quant à elle, sur le terrain de la faute d'humanisme, seul l'acte non consenti - où le patient n'a donc pu accepter la part irréductible des risques - ouvrant droit à dommages et intérêts en dehors d'une responsabilité subjective. A certains égards, l'arrêt du 7 oct. 1998 vient renforcer la cohérence de cette politique car la notion de risque grave, prise en compte même si sa réalisation est exceptionnelle, recoupe pour partie le domaine de l'accident médical, tel que défini par la doctrine et la jurisprudence administrative (27). Le Conseil d'Etat ne subordonne-t-il en effet pas l'indemnisation de l'accident thérapeutique à la survenance d'un risque connu mais exceptionnel ? Dans un tel cas, des réponses juridiques distinctes sont donc apportées par les deux ordres de juridiction : la Cour de cassation situe l'indemnisation sur le terrain du défaut de consentement alors que le Conseil d'Etat se place sur celui de la responsabilité sans faute.




Pour autant, la cohérence de la position de la Cour de cassation suscite l'interrogation. L'évolution opérée, en l'espèce, par la Haute juridiction se traduira-t-elle en effet par un engagement facilité de la responsabilité du médecin sur le terrain de la faute d'humanisme ? Si la réponse semble positive dans l'hypothèse d'une addition des critères des risques objets de l'information (28), elle paraît négative dans le cas inverse, contrairement à ce qu'une première approche pourrait laisser penser. Le redéploiement vers la notion de risque grave, substituée au critère quantitatif, semble en effet de nature à réduire pour partie le contentieux sur le terrain de la faute d'humanisme, ce dont on ne saurait que se féliciter d'un point de vue général, mais qui suscite l'interrogation quant à la pertinence future de l'équilibre trouvé par la Cour de cassation. Ainsi que le soulignait en effet J. Sainte-Rose, les risques graves mais exceptionnels « sont à l'origine de la plupart des litiges relatifs au manquement du devoir d'information du médecin » (29). Dès lors, la réorientation du critère jurisprudentiel devrait entraîner un amoindrissement du contentieux sur ce terrain, rompant l'équilibre de la jurisprudence de la Cour de cassation. A supposer en effet qu'elle maintienne sa position sévère sur le terrain de la faute de technique médicale - ce que sa jurisprudence récente ne peut que laisser penser (30) - et que les hypothèses de responsabilité du médecin sur le terrain de l'humanisme soient limitées par le renouvellement des contours de l'information, le malade ne pourrait désormais, en droit privé, obtenir une indemnisation en dehors de la faute médicale prouvée que dans des hypothèses tout à fait exceptionnelles (31). On objectera certes que, dans un tel cas, le malade aura été à même de consentir à l'acte de façon éclairée, et qu'ayant donc accepté les risques du traitement il ne saurait exprimer de griefs (32). Mais cet argument ne nous convainc guère car, s'il nous semble essentiel que les obligations d'humanisme soient renforcées, nous ne pensons pas qu'un tel mouvement

remplace une évolution vers l'indemnisation même limitée des accidents médicaux. Opérer une compensation entre ces deux contentieux apparaît comme un artifice dont l'arrêt du 7 oct. 1998 contribuera peut-être à révéler les limites.

Mots clés :

MEDECINE * Responsabilité * Obligation d'information * Risque exceptionnel

(1) Cf. art. 16-3 c. civ. ; art. 35 c. déont. méd. ; art. L. 710, al. 2, c. santé publ. ; Charte du patient hospitalisé (Circ. min. n° 95-22 du 6 mai 1995).

(2) V. not. Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, Gaz. Pal. 1997, 1, p. 274, rapp. P. Sargos ; JCP 1997, I, n° 4025, obs. G. Viney ; RTD civ. 1997, p. 434, obs. P. Jourdain  ; D. 1997, Somm. p. 319, obs. J. Penneau  ; S. Hocquet-Berg, Les sanctions du défaut d'information en matière médicale, Gaz. Pal. 10 sept. 1998, p. 12. V. également notre article, Lien causal, préjudices réparables et non-respect de la volonté du patient, D. 1998, Chron. p. 379 , et Le consentement aux actes médicaux, Gaz. Pal. 5 janv. 1999.

(3) La Cour de cassation a rendu le même jour deux décisions. Seul est ici commenté le premier arrêt. La deuxième décision reprend les critères du risque et se prononce, par ailleurs, sur l'évaluation du préjudice découlant du défaut d'information, cf. JCP 1998, II, n° 10179, concl. J. Sainte-Rose, note P. Sargos.







(4) Le premier grief fut clairement rejeté par les juges du fond, approuvés par la Cour de cassation, du fait de l'absence de toute faute du chirurgien, et n'appellera en l'espèce aucune remarque particulière.

(5) La décision ne se prononce pas sur l'information quant à l'état de santé du patient (sur ce, V. Cass. 1re civ., 20 janv. 1987, Bull. civ. I, n° 19) et sur les risques résiduels (V. Cass. 1re civ., 9 mai 1983, D. 1984, Jur. p. 121, note J. Penneau ; JCP 1984, II, n° 20262, note A. Dorsner- Dolivet).









(6) L'exception à l'information dans les cas d'urgence ou d'impossibilité est retenue depuis très longtemps par la jurisprudence, et est d'ailleurs en partie reprise par l'art. 16-3, al. 2, c. civ. La référence à une information « loyale, claire et appropriée » sur les soins et investigations proposés est issue de l'art. 34 c. déont. méd.



(7) Cette réserve est, à notre connaissance, inédite en jurisprudence, mais mérite une totale approbation car l'information est un droit du malade auquel il peut naturellement renoncer.


(8) Jurisprudence constante, V., par exemple : Cass. 1re civ., 14 avr. 1961, Gaz. Pal. 1961, 2, p. 53 ; 4 mai 1970, Bull. civ. I, n° 152 ; 23 mai 1973, JCP 1975, II, n° 17955, note R. Savatier ; 29 mai 1984, D. 1985, Jur. p. 281, note F. Bouvier ; 3 janv. 1991, Bull. civ. I, n° 5 ; 15 déc. 1993, Resp. civ. et assur. 1994, n° 93 ; 2 mars 1994, Resp. civ. et assur. 1994, n° 220. La même solution est retenue par le Conseil d'Etat, depuis CE, 13 juill. 1961, Lebon tables, p. 1175. Pour des illustrations plus récentes : CE, 9 avr. 1986, *Ciesla*, Lebon, p. 85 ; AJDA 1986, p. 465 ; 9 janv. 1990, *Carteron*, Lebon, p. 17.


(9) Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, préc. Puis, plus clairement, 14 oct. 1997, RTD civ. 1998, p. 100, obs. J. Mestre  ; D. 1997, IR p. 236  ; JCP 1997, II, n° 22942, rapp. P. Sargos ; JCP 1997, I, n° 4068, obs. G. Viney ; RD sanit. soc. 1998, p. 68, obs. M. Harichaux ; 17 févr. 1998, Bull. civ. I, n° 67 ; D. 1998, IR p. 81  ; RTD civ. 1998, p. 681, obs. P. Jourdain  ; JCP 1998, I, p. 144, obs. G. Viney ; 19 avr. 1998, Bull. civ. I, n° 107 ; 27 mai 1998, D. 1998, Jur. p. 530, note F. Laroche-Gisserot  ; RTD civ. 1999, p. 111, obs. P. Jourdain .

(10) En ce sens : M. Harichaux, préc. ; S. Hocquet-Berg, préc. ; P. Sargos, rapport sur Cass. 1re civ., 25 févr. 1997 et 14 oct. 1997, préc.

- (11) La prohibition des arrêts de règlement interdit en effet à la Cour de cassation de fixer un seuil statistique (X %) à partir duquel le risque serait exceptionnel.
- (12) Cette divergence d'appréciation existait ainsi aussi bien entre cours d'appel, juges du fond et Cour de cassation, ou encore entre Cour de cassation et Conseil d'Etat. En ce sens, V. P. Sargos, rapp. sur Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, préc., II. 21 ; J. Guigue, note sous Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, Gaz. Pal. 1997, 1, p. 279. V. aussi notre thèse, *Volonté du malade et responsabilité du médecin*, Université Jean Moulin Lyon III, 1994, n° 79 s.
- (13) Définition donnée par P. Sargos, rapp. sur Cass. 1re civ., 14 oct. 1997, préc.
- (14) En ce sens, S. Hocquet-Berg, préc., p. 12 ; J. Penneau, *La responsabilité médicale*, *Connaissance du droit*, Dalloz, 2e éd., 1996, p. 17 s.
- (15) Notion de bilan risques-avantages (dit encore règle de la raison proportionnée) : A. Decocq, *Essai d'une théorie générale des droits sur la personne*, LGDJ, 1960, n° 429 s. ; A. Mayer-Jack, *Les conventions relatives à la personne physique*, *Rev. crit. dr. et jurispr.* 1933, p. 326 s., spéc. p. 373 ; G. Mémeteau et L. Melennec, *Traité de droit médical*, t. 2 : le contrat, la responsabilité du médecin, Maloine, 1982, p. 78.
- (16) En ce sens, M. Harichaux note sous Cass. 1re civ., 14 oct. 1997, préc.
- (17) Sur cette question, V. aussi P. Jourdain, obs. *RTD civ.* 1998, p. 682 .
- (18) Dans le même sens, au regard des arrêts antérieurs : M. Harichaux, préc. ; G. Viney, obs. *JCP* 1998, I, n° 4068 et *JCP* 1998, I, p. 144.
- (19) J. Sainte-Rose, concl. sur Cass. 1re civ., 7 oct. 1998, préc.
- (20) Dans le même sens, P. Jourdain, préc.
- (21) Ainsi, pour un acte d'anesthésie, est-il sans doute suffisant de dire que cet acte présente tant de risques mortels ou invalidants, sans forcément en répertorier la nature. En ce sens, P. Sargos, rapp. sur Cass. 1re civ., 14 oct. 1997, préc.
- (22) V. très clairement, Cass. 1re civ., 27 mai 1998, *D.* 1998, *Jur.* p. 530, note F. Laroche-Gisserot . Dans le même sens, J. Carbonnier, *Droit civil*, t. 1, *Les personnes*, *Thémis-PUF*, 20e éd., 1996, n° 10.
- (23) Le rattachement de l'obligation d'information au contrat médical, et plus spécialement à sa phase d'exécution, a été l'objet de vives controverses doctrinales : cf. X. Dijon, *Le sujet de droit en son corps : une mise à l'épreuve de la notion de droit subjectif*, *Travaux de la faculté de droit de Namur*, 1982, p. 575 s. : A. Mayer-Jack, préc., p. 326 s. ; R. Nerson, *Le respect par le médecin de la volonté du malade*, *Mélanges Marty*, p. 870 ; R. Savatier, note sous Cass. 1re civ., 9 mai 1951, *D.* 1952, *Jur.* p. 53 ; D. Thouvenin, *La référence au contrat de soins dans les expérimentations sur l'homme*, *in Ethique médicale et droit de l'homme*, *Actes Sud*, 1988, p. 123 s.
- (24) En ce sens, Cass. 1re civ., 25 févr. 1997 (2e espèce), *Gaz. Pal* 1997, 1, p. 273, note J. Guigue ; 27 mai 1998, *D.* 1998, *IR* p. 166 .
- (25) En ce sens : P. Jourdain, obs. *RTD civ.* 1998, p. 120  ; L. Leveneur, *Le risque thérapeutique devant la Cour de cassation*, *Contrats, conc., consomm.* 1997, *Chron.* n° 5 ; P. Sargos, rapp. sur Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, préc.
- (26) CE, ass., 9 avr. 1993, *Bianchi*, *D.* 1994, *Somm.* p. 65, obs. P. Bon et P. Terneyre  ; *AJDA* 1993, p. 344, *chron.* C. Maugüé et L. Touvet  ; *JCP* 1993, II, n° 22061, note J. Moreau ; *RFD adm.* 1993, p. 573, *concl.* S. Daël  ; 3 nov. 1997, *Hôpital Imbert d'Arles*, *D.* 1998, *Jur.* p. 146, note P. Chrestia  ; *AJDA* 1997, p. 959, *chron.* T.-X. Girardot et F.


Raynaud  ; JCP 1998, II, n° 10016, note J. Moreau ; RFD adm. 1998, p. 90, concl. V. Péresse .

(27) Définition de l'accident médical : P. Jourdain, L'évolution de la jurisprudence judiciaire et l'indemnisation des accidents médicaux, *in* L'indemnisation des accidents médicaux, LGDJ, 1998, p. 27 ; Y. Lambert-Faivre, Droit du dommage corporel, Précis Dalloz, 3e éd., 1996, n° 622 ; J. Penneau, Les modalités d'une loi organisant l'indemnisation des accidents médicaux même non fautifs, *in* L'indemnisation des accidents médicaux, préc., p. 31 ; P. Sargos, Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale, D. 1996, Chron. p. 365  ; G. Viney et P. Jourdain, L'indemnisation des accidents médicaux : que peut faire la Cour de cassation ?, JCP 1997, I, n° 4016. En droit administratif, V. arrêts *Bianchi* et *Hôpital Imbert d'Arles*, préc. et Rapport public du Conseil d'Etat 1998, Réflexions sur le droit de la santé, La doc. fr., 1998, p. 260 s.

(28) Cf. P. Jourdain, obs. RTD civ. 1998, p. 682 .

(29) J. Sainte-Rose, concl. préc., p. 1960.

(30) En ce sens, Cass. 1re civ, 25 févr. 1997 (2e espèce), préc. ; 27 mai 1998, préc.

(31) Ainsi en est-il dans le cadre de certaines lois spéciales : recherches biomédicales, indemnisation des victimes du sida par voie de transfusion... En droit commun, le seul cas véritablement significatif est celui des infections nosocomiales : Cass. 1re civ., 21 mai 1996, Gaz. Pal. 1997, 1, p. 565, note S. Hocquet-Berg ; D. 1997, Somm. p. 287, obs. J. Penneau  ; 16 mai 1998, JCP 1998, IV, n° 2807.

(32) En ce sens, P. Sargos, rapp. sur Cass. 1re civ., 25 févr. 1997, préc. p. 279.