

La réparation des accidents médicaux : une conciliation délicate entre les intérêts des patients et ceux des médecins

Mireille Bacache, Professeur à l'Université Paris Descartes

Depuis l'arrêt *Mercier* du 20 mai 1936, l'obligation de soins issue du contrat liant le médecin à son

patient est une obligation de moyens (1). Le médecin ne s'engage pas à guérir le malade, mais à dispenser des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la

science (2). Le patient devra, par conséquent, rapporter la preuve de la faute du médecin pour engager la responsabilité civile de ce dernier en cas d'échec des soins.

Si la qualification de l'obligation principale en obligation de moyens s'impose en raison de l'aléa qui affecte l'activité médicale, le médecin ne pouvant s'engager à atteindre un résultat, à savoir guérir le malade, la question est plus délicate lorsque le patient subit un accident médical, c'est-à-dire un dommage distinct de l'échec des soins. Choissant de placer la réparation de ces accidents sur le terrain contractuel, la jurisprudence a inséré dans le contrat médical une obligation accessoire de sécurité. La question est alors de savoir si cette obligation accessoire est également de moyens ou si elle peut être, dans certains cas, de résultat. En d'autres termes, la réparation des accidents médicaux relève-t-elle d'une responsabilité subjective, nécessitant la preuve d'une faute médicale, ou peut-elle s'appuyer sur une responsabilité objective, dans l'intérêt des victimes ? C'est à cette question que répond l'arrêt commenté.

En l'espèce, au cours d'une intervention chirurgicale, une patiente a été victime d'un choc anaphylactique aux conséquences graves (arrêt cardiaque, séquelles psychomotrices) dû au contact de ses muqueuses avec les gants en latex utilisés par le médecin. La cour d'appel retient la responsabilité contractuelle du chirurgien au motif 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 le matériel qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical ou de soins, tel que comme en l'espèce les gants chirurgicaux en latex, dans la mesure où il est démontré que ces matériels sont à l'origine du dommage subi par le patient* ». Après avoir rappelé, dans un attendu de principe, que « *la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont le médecin est contractuellement tenu* », la première chambre civile casse l'arrêt soumis à sa censure, pour violation de l'article 1147 du code civil, la cour d'appel ayant « *constaté la survenance, en l'absence de fautes du praticien ou de vice des gants utilisés, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé* ».

Par cet arrêt, la première chambre civile réaffirme le principe de la responsabilité médicale pour faute (I). Pour autant, en dépit de la cassation prononcée, l'arrêt confirme également l'exception qui avait été déjà dégagée à ce principe en présence d'un dommage consécutif au matériel utilisé par le médecin (II). Simplement, les conditions d'application de l'exception n'étaient pas, en l'espèce, réunies, contrairement à ce qu'avait estimé la cour d'appel.

I - La confirmation du principe

La jurisprudence judiciaire s'était déjà nettement prononcée en faveur de l'obligation de sécurité de moyens en matière d'accidents médicaux. La solution résulte d'un arrêt de la première

Chambre civile du 8 novembre 2000 (3). En l'espèce, est cassé pour violation des articles 1135 et 1147 du code civil l'arrêt de la cour d'appel qui avait retenu la responsabilité sans faute d'un médecin à l'égard de sa patiente atteinte de paralysie irréversible des membres inférieurs à la suite de son opération au motif que « *la réparation de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son*

patient » (4). La Cour de cassation condamnait de la sorte de façon claire et précise la thèse de l'obligation de résultat en présence d'un accident médical. La solution est sans cesse réaffirmée

depuis en jurisprudence dans des termes identiques (5). Le patient victime d'un accident médical ne peut engager la responsabilité du praticien que si ce dernier a commis une faute, c'est-à-dire s'il n'a pas agi conformément aux données acquises de la science.

L'arrêt commenté se situe dans la droite ligne de cette jurisprudence. L'attendu de principe reprend mot pour mot celui de l'arrêt fondateur du 8 novembre 2000. Ayant constaté que la cour d'appel avait relevé l'absence de faute du médecin, la Cour de cassation censure les juges du fond qui avaient, néanmoins, retenu la responsabilité de ce dernier. Il convient pour cela de noter que la faute du médecin ne pouvait, en l'espèce, consister dans un défaut d'information relatif au risque de l'opération projetée. En effet, il était par ailleurs établi qu'à l'époque de l'intervention l'allergie au latex n'était pas encore connue. Or, si le médecin doit informer de tous les risques graves ou fréquents, et même exceptionnels, cette obligation se limite à ceux qui sont connus au moment des faits.

Le rejet de l'obligation de résultat peut trouver des justifications sérieuses. Il permet, notamment,

de limiter l'augmentation du coût de l'assurance et d'éviter la tentation des médecins de désertier certains secteurs à risque. Par ailleurs, les inconvénients résultant, pour les victimes, de la responsabilité pour faute sont compensés en jurisprudence par une appréciation très stricte de celle-ci, dans la mesure où le médecin a une obligation de précision du geste technique, de sorte

que toute maladresse est constitutive d'une faute et engage la responsabilité de son auteur (6). En outre, la réaffirmation du principe de la responsabilité pour faute en matière d'accidents médicaux permet à la jurisprudence de se mettre en accord avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En effet, selon l'article L. 1142-1, alinéa 1^{er}, du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi du 4 mars 2002, « [...] les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

Pour autant, il ne faut pas oublier que la loi, tout en affirmant le principe de la responsabilité pour faute, a également prévu, en contrepartie, un système d'indemnisation au bénéfice des victimes de dommages les plus graves. La loi reconnaît dans certains cas, aux victimes d'accidents médicaux privées du secours de la responsabilité civile, un nouveau droit à indemnisation, au titre de la solidarité nationale. A cet effet, le législateur a créé un nouveau fonds spécifique, géré par l'« Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des

infections nosocomiales » (ONIAM) (7). Or ce système ne profite qu'aux victimes relevant du champ d'application de la loi dans le temps, c'est-à-dire aux victimes d'accidents réalisés à

compter du 5 septembre 2001 (8). Par conséquent, l'alignement de la jurisprudence judiciaire sur la loi du 4 mars 2002 ne permet pas d'aboutir à une harmonisation totale de la situation des victimes d'accidents médicaux. Si les victimes de dommages postérieurs au 4 septembre 2001 peuvent espérer obtenir une réparation au titre de la solidarité nationale en l'absence de faute médicale, en revanche, les victimes antérieures à cette date supportent seules les conséquences dommageables de l'activité médicale non fautive. C'est sans doute la raison pour laquelle le Conseil d'Etat a choisi de maintenir sa jurisprudence résultant de l'arrêt *Bianchi* pour les victimes relevant du droit antérieur et privées, par conséquent, du bénéfice de l'indemnisation par l'ONIAM. En effet, dans un arrêt du 9 avril 1993, le Conseil d'Etat avait posé le principe d'une responsabilité sans faute de la puissance publique en cas de « *dommage sans rapport avec l'état initial du patient ou avec l'évolution prévisible de cet état* », en soumettant la réparation de ce dommage à des critères stricts tenant à son « *extrême gravité* » et

au caractère « *exceptionnel* » de sa réalisation (9). Si ces principes de solution sont désormais écartés pour les victimes d'accidents relevant de la loi du 4 mars 2002, ils continuent,

en revanche, de régir la situation des victimes d'accidents antérieurs au 5 septembre 2001 (10). La réaffirmation par la Cour de cassation du principe de la responsabilité pour faute aboutit, par conséquent, à établir une différence de traitement injustifiée entre les patients de l'hôpital public et ceux des cliniques privées pour les accidents ne relevant pas de la loi nouvelle, différence que cette loi a justement souhaité supprimer en unifiant les règles applicables quelle que soit la structure, publique ou privée, dans laquelle est accueilli le patient.

Mais il convient alors de noter que, tout en réaffirmant le principe de la responsabilité pour faute, la Cour de cassation n'entend pas renoncer aux exceptions qu'elle y a apportées dans l'intérêt des victimes.

II - Le maintien de l'exception

Le principe de la responsabilité pour faute en matière médicale connaît deux grandes exceptions. La première concerne la réparation des infections nosocomiales. En effet, par trois arrêts du 29 juin 1999, la première chambre civile avait accepté de mettre à la charge des médecins et des cliniques une obligation de sécurité de résultat en cas d'infections contractées par le patient à

l'occasion de l'exécution du contrat médical ou d'hospitalisation (11). La loi du 4 mars 2002 a partiellement consacré cette jurisprudence (art. L. 1142-1, al. 2, CSP) dans la mesure où la responsabilité objective ne pèse désormais que sur les établissements de santé à l'exclusion des médecins, responsables uniquement en cas de faute. La loi n'étant cependant applicable qu'aux infections contractées à compter du 5 septembre 2001, la jurisprudence antérieure plus favorable

aux victimes continue de régir la réparation des infections antérieures à cette date (12).

La seconde exception concerne la réparation des dommages causés par des produits de santé. En effet, la jurisprudence met depuis longtemps à la charge du médecin qui fournit à ses patients des prothèses une obligation de sécurité de résultat pour les dommages causés par un défaut de

fabrication de celles-ci (13). Les cliniques et les établissements de santé sont également tenus d'une obligation de sécurité de résultat pour les dommages causés par les produits qu'ils

fournissent au patient, qu'il s'agisse de médicaments (14) ou de produits sanguins (15). Une responsabilité objective pèse également sur les centres de transfusions sanguines

depuis un arrêt du 12 avril 1995 (16).

Limitée d'abord à la réparation des dommages causés par des produits fournis au patient, cette exception au principe de la responsabilité pour faute s'est par la suite étendue à l'hypothèse des dommages causés par le matériel simplement utilisé par les professionnels de santé pour l'exécution de leur contrat. La solution avait été dégagée dans un arrêt du 9 novembre 1999 à l'occasion d'un dommage subi par un patient en tombant d'une table d'examen

radiographique (17). Selon la Cour, « [...] le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier [...] une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne le matériel qu'il utilise pour l'exécution d'une acte médical d'investigation ou de soins [...] ». La solution a été réaffirmée dans les mêmes termes le 4 février 2003, à l'occasion d'un faux anévrisme artériel sous-clavier provoqué par la sonde sous-clavière mise en place par

l'anesthésiste (18).

L'arrêt commenté se situe dans la droite ligne de cette jurisprudence. Il est vrai que, contrairement aux arrêts précités, la Cour de cassation n'énonce pas en termes solennels l'existence d'une obligation de résultat en ce qui concerne le matériel utilisé pour l'exécution d'un acte médical. Elle censure même l'arrêt qui avait tenté d'en faire application à un dommage causé par des gants chirurgicaux. Pour autant, cette exception est implicitement reprise par la première chambre civile en dépit de la cassation prononcée. En effet, la Cour ne se contente pas de censurer l'arrêt d'appel en constatant l'absence de faute du médecin. Elle relève également, à l'appui de la cassation, l'absence de vice de la chose instrument du dommage. Par conséquent, loin d'écarter la responsabilité objective, la Cour en confirme le maintien. Simplement, l'obligation de résultat n'a pu, en l'espèce, recevoir application et justifier la responsabilité du médecin en raison de l'absence de l'une de ses conditions, à savoir le vice de la chose.

Cette condition n'est pas nouvelle. En effet, tout en consacrant l'obligation de sécurité de résultat pour les matériels utilisés, l'arrêt fondateur du 9 novembre 1999 avait approuvé les juges du fond d'avoir écarté la responsabilité du médecin au motif que la table d'examen, qui ne présentait aucune anomalie, n'était pas à l'origine du dommage. De même, dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt du 4 février 2003, la responsabilité du médecin est écartée « en l'absence de toute défectuosité de la sonde ». Par conséquent, si la victime est dispensée de la preuve de la faute du médecin, elle ne peut pour autant se contenter d'invoquer son dommage. Il lui appartient en plus d'établir l'anomalie ou la défectuosité de la chose à l'origine de ses préjudices. La même exigence résulte de la jurisprudence relative aux dommages causés par les produits fournis en exécution d'un contrat : le vendeur ne garantit pas que le produit ne causera aucun dommage, mais

seulement qu'il ne comporte aucun défaut de nature à causer un dommage (19). Elle n'est pas non plus sans rappeler le régime de la responsabilité délictuelle du fait des choses. En effet, la Cour de cassation impose à la victime la preuve de la défectuosité ou de la position anormale de la

chose inerte pour établir le rôle actif de celle-ci dans la survenance du dommage (20). Cette exigence est de la sorte transposée par la Cour de cassation à la responsabilité contractuelle du fait des choses, c'est-à-dire à l'obligation de sécurité de résultat en présence de dommages causés par une chose fournie par le débiteur ou utilisée par ce dernier pour l'exécution de son contrat. Elle révèle sans doute une concession à la théorie de la causalité adéquate dans la mesure où la défectuosité de la chose, de même que l'anormalité de sa position ou de son comportement rendent prévisible la réalisation du dommage dont se plaint la victime. On aboutit de la sorte à une harmonisation de la réparation des dommages causés par une chose quelle que soit la nature de la responsabilité encourue. Pour autant, on ne peut s'empêcher de regretter la rigueur avec laquelle cette condition est appréciée par la Haute juridiction. L'obligation de résultat est, jusqu'à présent, toujours écartée dans les espèces soumises à la Cour de cassation, la victime n'ayant pu rapporter la preuve de l'anormalité, du défaut ou du vice du matériel utilisé par le médecin. Ne pouvait-on pourtant, en l'espèce, considérer comme atteints de vice des gants chirurgicaux susceptibles de provoquer chez le patient un choc allergique ? Il est alors à craindre que la Cour de cassation ne reprenne d'une main ce qu'elle promet de l'autre.

Quant à l'avenir de cette jurisprudence, il semble être assuré en dépit des réformes législatives les plus récentes. En effet, l'article L. 1142-1 du code de la santé publique ne pose le principe de la responsabilité pour faute des professionnels de santé qu'après avoir exclu les cas de « responsabilité encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé ». Or cette notion entendue largement permet d'y englober non seulement les produits fournis aux malades par les professionnels de santé, mais également le matériel utilisé par ces derniers pour l'exécution de

leurs obligations (21). Maintenu par la loi du 4 mars 2002, l'obligation de sécurité de résultat est-elle alors menacée par la loi du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux ? La question se pose en raison d'un arrêt rendu par la Cour de justice des Communautés européennes le 25 avril 2002 aux termes duquel seuls subsistent, au bénéfice des victimes, les régimes de droit commun ayant un fondement distinct de celui sur lequel repose la

directive du 25 juillet 1985, transposée en droit français par la loi du 19 mai 1998 (22). Or la responsabilité résultant de la violation de l'obligation contractuelle de sécurité semble reposer sur le même fondement que la directive dans la mesure où cette obligation résulte d'une

interprétation jurisprudentielle du droit interne à la lumière de celle-ci (23). Pour autant, l'obligation de sécurité de résultat relative au matériel utilisé par le médecin semble pouvoir se maintenir pour deux raisons.

En premier lieu, les prestataires de services qui utilisent des produits défectueux pour l'exécution de leur contrat ne relèvent pas du domaine d'application de la loi du 19 mai 1998. Il est vrai qu'un arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes du 10 mai 2001 avait semblé accréditer cette idée en estimant qu'« un produit défectueux est mis en circulation lorsqu'il est utilisé à l'occasion d'une prestation de service concrète, de nature médicale, consistant à préparer un organe humain en vue de sa transplantation et que le dommage causé à celui-ci est consécutif

à cette préparation » (24). Cependant, la question préjudicielle posée en l'espèce à la Cour consistait simplement à savoir si un producteur qui utilise lui-même son produit à l'occasion d'une prestation de service le met de ce fait en circulation au sens de la directive. Plus précisément, elle était de savoir si un liquide de rinçage défectueux fabriqué par la pharmacie d'un hôpital et utilisé par le même groupe hospitalier en vue de la préparation d'une transplantation rénale est mis en circulation. Le responsable poursuivi était bien le producteur du produit défectueux, et non un simple utilisateur. La question précise posée à la Cour, ainsi que la motivation très circonstanciée

de l'arrêt ne permettent pas d'étendre sa portée au-delà des circonstances de l'espèce (25).

En second lieu, la Cour de justice des Communautés européennes avait estimé, dans son arrêt du 25 avril 2002, que « le régime mis en place par la directive n'exclut pas l'application d'autres régimes reposant sur des fondements différents tels que la garantie des vices cachés ou la faute ». Il suffirait, par conséquent, de rattacher l'obligation de sécurité à la garantie des vices afin d'assurer son maintien en droit positif. Ce rattachement ne serait pas inédit en droit

français (26). En effet, l'autonomie de l'obligation de sécurité est relativement récente et n'a été essentiellement réalisée que pour permettre à la victime d'échapper au bref délai de l'article

1648 (27). Désormais, le régime contractuel de la garantie des vices cachés étant

largement plus favorable aux victimes que celui issu de la loi du 19 mai 1998 (28), il serait sans doute dans l'intérêt de celles-ci de revenir à la jurisprudence traditionnelle. Pourrait-on voir, alors, dans la référence faite par l'arrêt commenté au « vice » de la chose, et non à son « défaut », la volonté de la Cour de prendre ses distances par rapport à la loi du 19 mai 1998 ? Espérons que ce changement de terminologie n'est pas simplement fortuit et que l'obligation de sécurité de résultat se maintiendra encore longtemps pour assurer efficacement la réparation des dommages causés par les produits de santé, que ces produits soient fournis au malade ou utilisés par le médecin pour l'exécution de son contrat.

Mots clés :

MEDECINE * Responsabilité * Aléa thérapeutique * Obligation de sécurité