

# EPU95 – Montmorency Exercice professionnel

▶ Mise à jour du 28 Mai 2007\* ◀

## COMPTE-RENDU DE REUNION

### RESPONSABILITE EN PRATIQUE MEDICALE

A propos d'une conférence du **Dr P. Werson**  
(Chef de service de Médecine Légale - Hôpital Louise Michel - Colombes)

L'évolution juridique concernant la responsabilité médicale a évolué de façon très rapide dans les 2 dernières décades et va s'accroissant suivant les arrêts de la Cour de Cassation sur ce sujet.

### 1 - LA RESPONSABILITÉ PENALE

#### Le contexte

Le médecin a une responsabilité pénale identique à celle de tout citoyen. Elle est, pour le médecin, un peu augmentée par sa profession. Elles se résument en :

- ▶ **Obligations légales non remplies :**
  - Le faux certificat, (art. 441-8, Code Pénal)
  - L'atteinte au secret professionnel, (art. 226-13 CP)
  - Le refus de déférer à une réquisition. (art. 642-1, CP)
- ▶ **Non-assistance à personne en danger. (art. 223-6, CP)**
- ▶ **Atteinte involontaire à l'intégrité corporelle (art. 222-20, CP)**
  - **Coups et blessures involontaires**
  - Homicide et coups et blessures par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence
- ▶ **L'atteinte volontaire à l'intégrité. (art. 222-7 à 222-15, CP)**
  - euthanasie
  - prélèvements d'organes en dehors des conditions prévues par la loi (but, consentement)
  - expérimentation humaine

#### La responsabilité pénale est toujours personnelle

Les sanctions :

- ▶ L'amende, la contravention. Qui ne peuvent être couvertes par aucune assurance.
- ▶ La peine de prison.

Le tribunal "pénal" s'occupe de fautes qui sont sanctionnées à l'un des 3 titres :

- ▶ Les amendes et contraventions,
- ▶ Les délits,
- ▶ Les crimes. Le crime est jugé par une Cour d'Assise (par ex. un notaire qui fait un faux en écriture).



## 2 - LA RESPONSABILITÉ CIVILE

### La compétence du juge civil

En responsabilité civile, elle est variable, suivant le mode d'exercice du praticien :

- ▶ **En pratique individuelle, le juge judiciaire est compétent.**
- ▶ **En pratique collective, en établissement privé, il en est de même mais il faut distinguer :**
  - La responsabilité qui relève des Cliniques,
  - La responsabilité individuelle des médecins
- ▶ **En pratique collective en établissement public :**
  - La compétence de principe est celle du juge administratif
  - La compétence d'exception est du juge judiciaire

### La compétence du juge judiciaire

En responsabilité civile, la compétence d'exception du juge judiciaire est reconnue :

- ▶ Pour la faute personnelle dépourvue de tout lien avec le service public,
- ▶ Pour la faute détachable du service intentionnelle ou d'une gravité exceptionnelle, par exemple :
  - Intervention chirurgicale grave en dehors de toute urgence contre la volonté d'un patient ou sans avoir recueilli son consentement libre et éclairé ;
  - Refus d'un chirurgien de se déplacer pour un malade signalé comme préoccupant ;
  - Abandon par une équipe chirurgicale d'un malade endormi dans un bloc opératoire en feu.

### La méconnaissance du code de déontologie médicale

La faute relevant d'une méconnaissance du code de déontologie médicale peut être invoquée par une partie à l'appui d'une action en dommages et intérêts dirigée contre un médecin. (Cass. 1ère civ, 18 mars 1997)

### Recevabilité d'une plainte

Toute plainte est recevable :

Deux manières de porter plainte :

- ▶ Soit en se déplaçant au poste de Police pour y déposer la plainte
- ▶ Soit en écrivant directement au Procureur de la République avec description de la plainte.

L'opportunité de poursuites est du ressort du Procureur :

- ▶ Soit décision de poursuite,
- ▶ Soit classer sans suite. Dans ce cas, le plaignant peut reprendre la plainte en la déférant au doyen des juges d'instruction avec constitution de partie civile qui justifiera la constitution d'une provision pour couverture des frais d'experts, d'enquête, etc. Le juge d'instruction mettra tous les moyens à charge et à décharge de façon à savoir si la plainte doit être jugée. Au décours, il peut être prononcé soit la poursuite pour jugement, soit un "non-lieu".

## Depuis l'arrêt Mercier, le devoir d'information a évolué.

### L'information

Elle doit être **simple, approximative, intelligible, loyale**, car il existe une asymétrie fondatrice de la relation médecin-malade : asymétrie de connaissances, d'information et de situation (dépendance).

- ▶ **Jusqu'en 1997** : il appartenait au patient, lorsqu'il se soumettait en pleine lucidité à une intervention, de rapporter la preuve que le médecin avait manqué à ses obligations en ne l'informant pas de l'intervention projetée ou de ses risques ou conséquences, et en ne sollicitant pas son consentement à cette intervention. (Cass. Civ. Mai 1951)
- ▶ **Depuis 1997, il appartient au praticien d'apporter la preuve d'information au patient** (= renversement de la charge de la preuve). (Cass. Fév 1997)
  - Une perforation intestinale a lieu lors d'une coloscopie et le patient non averti du risque ne peut en apporter la preuve. Il est débouté en appel. L'arrêt de Cassation décrète que « celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation »*
  - La justification juridique repose sur l'art. 1315 du CC : « Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré, doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation ».*

### Le devoir d'information

Il est précisé au fil des arrêts de Cassation :

- ▶ **La présomption d'information**
  - Elle est suffisante pour être reconnue comme élément à décharge*
  - Embolie gazeuse à la suite d'une coelioscopie ayant entraîné le décès en milieu hospitalier. La patiente avait eu plusieurs entretiens avec son médecin, hésitation et anxiété avant l'intervention. « Le devoir d'information pèse aussi bien sur le médecin prescripteur que sur celui qui réalise la prescription et la preuve de l'information peut être apportée par tous moyens ». (Cass. Civ. Oct. - 1997)*
- ▶ **L'absence d'obligation de résultat mais défaut d'information**
  - Lipo-aspiration de la paroi abdominale ; incision supplémentaire par rapport à ce qui avait été annoncé à la patiente ; suppuration au niveau de cette incision. « En matière d'actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique, l'obligation d'information doit porter non seulement sur les risques graves de l'intervention mais aussi sur tous les inconvénients pouvant en résulter ». (Cass. Fév. 1998)*
- ▶ **Le médecin doit rapporter la preuve de l'information**
  - Il doit le faire sur les risques graves et non seulement sur les risques prévisibles (Cass. 1998).*
  - Rupture utérine lors d'un accouchement déclenché artificiellement*
- ▶ **Le caractère exceptionnel du risque**
  - Le seul caractère exceptionnel du risque est inopérant pour décharger de son obligation d'information. (Cass. 1998) : Intervention correctrice pour cyphose suivie de perte fonctionnelle d'un œil par thrombophlébite du sinus caverneux.*

## **Le contenu de l'information est variable suivant les situations**

- ▶ **Selon la fréquence et la gravité des complications :**
  - La fréquence de 1/10 000 d'une hémiparésie à la suite d'une coronarographie ne justifie pas l'information. (CA Paris déc. 1996)
  - Un risque, même très rare, doit être signalé dès lors qu'il est particulièrement handicapant. (TGI Paris oct. 1996)
- ▶ **Dans la chirurgie de confort**
  - L'obligation d'information est particulièrement étendue
  - Un chirurgien plasticien doit informer le patient de tous les risques encourus, même les plus rares (Cass. Nov. 1969; TGI Paris oct. 1995).
- ▶ **En cas de découverte per-opératoire**
  - **Faut-il différer le geste opératoire qu'impliquerait la découverte opératoire pour obtenir le consentement du malade réveillé ?** En cas de risque vital, d'une situation particulièrement complexe, ou d'une urgence les soins au malade priment. (CA Rouen 1971 ; TGI Paris 1996)

## **Les limites de l'information**

Il existe des situations où le manque d'information est acceptable.

- ▶ Dans l'urgence
  - Quand la situation est telle que l'urgence de l'acte ne permet pas l'information : *Occlusion intestinale et choc septique, le patient n'étant pas en état d'accepter ou refuser l'acte* (CA Toulouse déc. 1997),
  - Et/ou qu'il y a une impossibilité d'information dans un délai raisonnable pour traiter une urgence vitale (sujet ne parlant pas la langue et impossibilité d'avoir un traducteur).
- ▶ Quand il y a refus du patient d'être informé
- ▶ L'information peut, dans certains cas, être limitée dans l'intérêt du patient, en particulier s'il existe une grande anxiété (cette situation doit être consignée).

## **Les sanctions du défaut d'information**

### **Devant la juridiction judiciaire**

Le défaut d'information est considéré comme une perte de chance (Cass. Fév. 1990), en cas :

- ▶ D'intervention inéluctable → ce sera la réparation d'une simple perte de chance.
- ▶ D'intervention non indispensable → la réparation du préjudice est totale.

Perte de sang et transfusion

- ▶ Si la transfusion est inéluctable devant une perte massive → il faut la faire car il s'agit d'un acte qui permet la survie.
- ▶ Si le sujet est jeune et la transfusion non indispensable → la responsabilité du médecin est en jeu et le manque d'information peut déboucher sur la réparation totale du préjudice.

### **Devant la juridiction administrative**

La réparation de l'intégralité du dommage subi est demandée (C.E. fév 1998 ; C.E. mars 1997).

## Les Mesures à prendre pour prouver que l'information a été donnée.

**Aucune forme n'est imposée : tous les moyens sont recevables, y compris les moyens indirects :**

- ▶ Le dossier médical : consignation de l'information, trace des consultations précédant l'intervention, temps laissé au malade pour la réflexion
- ▶ La lettre au médecin traitant, le témoignage d'infirmière, secrétaire, étudiant.

**L'écrit informatif remis au patient n'est nécessaire ni juridiquement ni déontologiquement**

- ▶ Il n'est acceptable sur le plan juridique que de façon inconstante,
- ▶ Il ne peut être totalement exhaustif,
- ▶ Il induit une rigidité et une méfiance qui nuit dans le climat relationnel médecin-malade.

Mieux vaut une bonne information orale et l'entretien qui explique l'acte qui doit être entrepris. Il est plus facile de répondre à des interrogations que de donner une liste de tous les risques jamais totalement exhaustive, source d'angoisse et de doute. Le patient doit savoir l'intérêt que doit procurer l'acte (avantage diagnostique ou thérapeutique) et ses risques : information intelligible, simple et loyale.

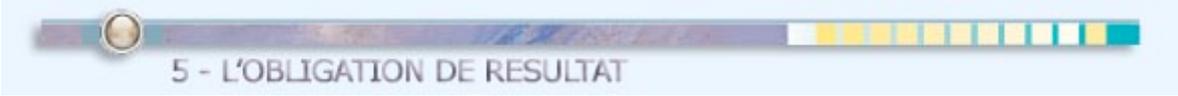
Une étude a été faite concernant les conséquences et les complications survenant en postopératoire suivant qu'il y ait eu ou non une information systématique du patient des risques de l'intervention qu'il allait subir. Elle a montré qu'il y avait beaucoup plus de complications après les interventions précédées d'une information systématique des risques.



Il persiste des obligations communes au chirurgien et à l'anesthésiste, même si l'autonomie de l'anesthésiste par rapport au chirurgien est reconnue :

- ▶ La responsabilité du chirurgien peut être engagée s'il sait que l'anesthésiste est absent. (Cass. Crim. Mai 1984)
- ▶ Le chirurgien doit s'assurer que le malade reste sous la surveillance d'une personne qualifiée (Cass. Ass. Plén. Mai 1986)
- ▶ Si la surveillance postopératoire incombe au médecin anesthésiste pour ce qui concerne sa spécialité, le chirurgien n'en demeure pas moins tenu d'une obligation de prudence et de diligence. (Cass. Ass. Plén. Mai 1986)
- ▶ Le devoir d'information entre praticiens :  
*La responsabilité du chirurgien et celle de l'anesthésiste ont été retenues en matière d'accident d'anesthésie suivi d'un décès par suite de prescription d'un produit allergisant. (Cass. janv. 1990)*  
*Au cours d'une opération de la cataracte l'anesthésiste perfore le globe oculaire, la responsabilité de l'anesthésiste et du chirurgien est retenue pour défaut d'information sur la forte myopie. Les obligations du chirurgien ne peuvent se limiter aux seuls gestes chirurgicaux. (Cass. Civ. oct. 1997)*

L'anesthésie ne constitue pas une fin thérapeutique en soi, mais n'est qu'un moyen pour que l'opération puisse se réaliser → **d'où un pouvoir de direction du chirurgien et la reconnaissance de sa responsabilité à côté de l'anesthésiste pour un acte accompli par ce dernier.**



## 5 - L'OBLIGATION DE RESULTAT

### Dans quels cas ?

L'obligation de résultat est requise dans trois circonstances caractérisées

- ▶ **Dans la recherche biomédicale** (études sans bénéfice individuel direct). Les protocoles sont devenus beaucoup plus lourds et ne permettent pas de faire courir un risque. Le moindre ennui est passible de réparation.
- ▶ **L'obligation résultant de la volonté expresse des parties : chirurgie esthétique.** Il n'y a pas d'urgence, ni de nécessité et l'on se trouve à la frontière de l'obligation de résultat.
- ▶ **Les actes pratiqués excluant tout aléa** : examens courants de laboratoire. Le biologiste doit rendre des examens justes et ne peut argumenter l'obligation de moyen ; s'il a un doute, il doit re-vérifier l'examen et au besoin re-convoquer le patient pour un nouveau prélèvement.

### Quelques décisions récentes

#### Concernant la fourniture de produits sanguins

*« Les centres de transfusion sont tenus de fournir aux receveurs des produits exempts de tout vice et ne peuvent s'exonérer de cette obligation de sécurité que par la preuve d'une cause étrangère qui ne puisse leur être imputée »*

*« Le vice du sang, même indécélable, ne constitue pas pour l'organisme fournisseur une cause qui lui est étrangère ». (Cass. Avril 1995)*

#### Blessure d'une artère par le chirurgien

*Cette blessure entraîne le décès du patient. Absence de faute identifiée chez le chirurgien. Mais du fait de l'existence d'une blessure, sa responsabilité est engagée. (Cass. Janv 1997)*

#### Oblitération d'une fistule carotido-caverneuse par embolisation au moyen d'un ballonnet largable

*Le ballonnet se détache du cathéter et obstrue l'artère cérébrale moyenne, provoquant une hémiplégie. Pas de faute dans la préparation, l'accomplissement et le suivi de l'acte médical. Détachement du ballonnet testé par le chirurgien avant son utilisation. Pas de vice interne du ballonnet, mais incident impondérable. L'aléa inhérent à tout acte chirurgical n'a pas à être supporté par le praticien. (Cass. Fév 1997)*

#### Choix d'une prothèse de genou inadaptée à l'état du patient

*Celui-ci devient non appareillable par un autre matériel ; le médecin prothésiste et le centre de rééducation sont solidairement condamnés pour manquement à une obligation de résultat. (CA. Bourges janv. 1998).*



## 6 - LA RESPONSABILITÉ SANS FAUTE

### Son champ d'application

Elle ne concerne à ce jour que les seules juridictions administratives. Il n'y a pas de principe général de responsabilité sans faute, mais seulement des applications particulières à des cas bien déterminés.

## Quelques exemples

- ▶ Cas des dommages causés à des tiers à l'occasion de sorties de malades hospitalisés en psychiatrie (sortie d'essai sur demande d'un tiers ou sortie sans faute).
- ▶ Tétraplégie à la suite d'une artériographie vertébrale (C.E. avr. 1993) : « *Un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présentant un risque dont l'existence est connue, mais dont la réalisation est exceptionnelle et, alors qu'aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, ayant causé un dommage sans rapport avec l'état initial du patient ou son évolution prévisible, dommage présentant un caractère d'une extrême gravité* »
- ▶ Anesthésie générale pour circoncision d'un enfant ; arrêt cardiaque, coma prolongé, décès. « *Risque connu, mais de réalisation exceptionnelle ; le risque inhérent aux anesthésies générales engage la responsabilité sans faute des hôpitaux* ».

## Commentaire

« Il n'y a aucune raison pour que le praticien libéral soit responsable sur son propre patrimoine des conséquences du risque thérapeutique ».

## La responsabilité sans faute de l'hôpital

Elle est très rarement reconnue. En sont exclus :

- ▶ Les effets secondaires normaux, même rares,
- ▶ Les accidents inhérents à la personne du malade,
- ▶ Les risques sériels,
- ▶ Les dommages n'atteignant pas l'extrême gravité requise.



## Contexte légal

Elle repose sur l'article 223-6 du Code Pénal : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende. Sera puni des mêmes peines, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant les secours* ».

## Pour le médecin

Les médecins et en particulier les généralistes sont presque les seules personnes à être poursuivies pour non-assistance à personne en danger sur un élément fondamental : l'abstention volontaire de porter secours.

La responsabilité du médecin de non-assistance à personne en danger se trouve engagée :

4. S'il a connaissance d'un péril imminent, même s'il ne se réalise pas ultérieurement → avoir conscience de l'état de péril ou l'information de l'état de péril (appel téléphonique) donne l'obligation au praticien de se déplacer (Cass. 1954).
5. S'il n'apporte pas pleinement son concours à une personne qu'il sait en état de détresse.
  - Ne peut être poursuivi du chef de cette infraction : *le médecin de garde informé par téléphone par l'épouse du patient traité pour tachycardie liée au stress et qui prescrit un traitement et demande à être rappelé dans un court délai si la situation ne s'améliorait pas. Le médecin n'avait pas perçu lors de la discussion téléphonique une situation de détresse et le médecin n'avait pas l'intention de ne pas secourir le patient. (CA Limoges mars 1997)*
  - Par contre, dans une affaire presque semblable, *le médecin ayant refusé de se déplacer auprès d'un patient qui au dire de sa mère souffrait d'une affection à traiter d'urgence et ayant volontairement refusé de prononcer un diagnostic a vu sa condamnation confirmée (Cass . crim. Mars 1997).*
6. L'action directe avec présence sur les lieux mais le médecin ne peut assurer lui-même les secours. Dans ce cas, **il doit alors les provoquer** en appelant lui-même le SAMU ou les pompiers ainsi que l'hôpital afin de préparer l'arrivée du patient.
  - *Le médecin, ayant refusé de se rendre auprès d'un enfant immunodéprimé fébrile malgré un traitement antibiotique de plusieurs semaines sous prétexte que l'état des routes ne le lui permettait pas et qu'il devait se rendre immédiatement auprès d'un autre patient, a failli à son obligation de secours car de jurisprudence constante un médecin qui ne peut assurer lui-même les secours doit alors les provoquer. (Cass. Crim.. Fév. 1998)*



Le refus de soin par un patient peut nécessiter des attitudes de prudence de la part du praticien dans certaines circonstances.

### Au niveau des urgences

- ▶ A un refus d'hospitalisation de la part du patient pour une affection suspectée grave
  - Il faut lui proposer une hospitalisation dans un autre lieu et faire la recherche dans ce sens (trace écrite dans le dossier).
  - Si le patient s'en va sans signer de décharge, il faut marquer sur le registre que son départ n'était pas souhaité (signature des soignants).
- ▶ Si le patient ne parle pas la langue
  - Il faut demander un interprète (parmi les employés hospitaliers ou de l'entourage)
- ▶ Un sujet dans un état d'éthylisme aigu
  - Il doit être gardé par tous les moyens, quitte à faire un placement d'office. Il n'a pas les capacités de porter un jugement sain.

### Nécessité d'une transfusion en cas de saignement (Témoin de Jéhovah)

#### Chez un adulte

Il faut examiner le patient de façon rapprochée (clinique et numération) et noter à chaque fois les résultats, l'informer et noter son refus. Si son état se dégrade avec perte de conscience. Nouvelle numération et faire la transfusion sur décision personnelle et en fonction de l'art. 233-6 du CP.

#### Chez un enfant

Il faut tenter de raisonner la famille. En cas de besoin, demander au Procureur de la République, prendre la décision.



## 9 - DÉLAI DE PRESCRIPTION DES ACTES MÉDICAUX

Le délai de prescription est variable suivant qu'il s'agit de responsabilité « Pénale » ou de responsabilité « Civile ».

- ▶ **En Pénal**, la prescription est de :
  - 1 an pour une contravention,
  - 3 ans pour un délit,
  - 10 ans pour un crime (mais chez un sujet mineur, les 10 ans courent à partir de sa majorité)
- ▶ **En Civil**, la prescription est trentenaire.

L'incapacité temporaire du travail (ITT) en accident de travail est du ressort du « Pénal ». Elle n'a pas à être notifiée. La notification d'arrêt de travail est un acte de responsabilité civile.

