

# LA RESPONSABILITÉ JURIDIQUE DU MÉDECIN

L'EXERCICE DE LA MÉDECINE n'est pas exempt de risques, non seulement pour les malades mais également pour les médecins. Les praticiens courent en effet le risque de voir leur responsabilité engagée à l'occasion de leur activité professionnelle, et ceci selon trois formes principales. La responsabilité civile des médecins peut d'abord être recherchée lorsque l'acte médical, ou l'absence d'acte, cause un préjudice au patient ou à ses proches en cas de décès : appréciée par les tribunaux judiciaires ou par les juridictions administratives selon que l'acte incriminé est accompli pour le compte d'une clientèle privée ou au sein du secteur public hospitalier, cette forme de responsabilité a pour conséquence d'obliger celui qui est reconnu responsable à réparer le préjudice subi par la ou les victimes. La responsabilité disciplinaire des médecins peut également être recherchée devant les juridictions ordinaires, en cas de manquement aux prescriptions édictées par le Code de déontologie médicale. Enfin, la responsabilité pénale des médecins peut être engagée lorsque l'acte ou l'absence d'acte imputé(e) au médecin constitue une infraction pénale : elle entraîne le prononcé d'une peine contre celui qui a été jugé et reconnu coupable d'avoir commis une infraction.

31

Le poids respectif de ces différentes formes de responsabilité a tendance à évoluer. L'attention est aujourd'hui retenue par le développement de la responsabilité pénale des médecins. Mais ceci ne doit pas occulter les évolutions importantes intervenues dans le domaine de la responsabilité civile des médecins. Ceci ne doit pas non plus occulter le développement de nouveaux mécanismes de réparation des dommages causés par les actes de soins ainsi que d'une responsabilité financière des médecins, aujourd'hui en plein essor.

## ÉVOLUTIONS DES RESPONSABILITÉS CIVILE ET PÉNALE

Parmi les trois formes de responsabilité que sont susceptibles d'encourir les médecins, deux retiennent particulièrement l'attention : la responsabilité civile, qui a connu des évolutions jurisprudentielles que l'on peut à bien des égards qualifier de spectaculaires et qui sont probablement encore inachevées, et la responsabilité pénale qui, pour les médecins comme pour bien d'autres professions, tend à se développer. En revanche, la responsabilité disciplinaire des médecins n'a pas connu d'évolution significative ou, en tout cas, ne retient que rarement l'attention des observateurs et des commentateurs. Il ne sera donc question, dans cet article, que de la responsabilité civile et de la responsabilité pénale des médecins.

32

*La responsabilité civile des médecins, des évolutions importantes*

*En retard sur bien des points au début des années 1980, la responsabilité médicale administrative a connu, en l'espace d'une dizaine d'années, des évolutions jurisprudentielles qui ont profondément modifié les règles applicables.*

Les règles de fond ont connu deux grandes modifications : d'une part, il n'existe plus qu'une seule catégorie de faute et, d'autre part, la faute n'est plus le seul fondement de la responsabilité du service public hospitalier.

– *L'unification du régime de responsabilité pour faute des établissements publics de santé.* Depuis un arrêt de principe de 1935, la responsabilité des hôpitaux s'est construite sur la distinction entre la faute simple et la faute lourde<sup>1</sup>. Le juge administratif distinguait deux régimes de responsabilité hospitalière : les actes de soins et les défauts dans l'organisation et le fonctionnement du service engageaient la responsabilité de l'hôpital pour faute simple ; les actes médicaux ne l'engageaient que lorsqu'une faute lourde était prouvée. Le Conseil d'État avait, ce faisant, étendu au domaine de la responsabilité hospitalière la distinction faite dans d'autres domaines de la responsabilité entre des activités difficiles, qui n'engagent la responsabilité de l'administration que pour « faute lourde », et les autres activités, qui l'engagent pour faute simple.

---

1. CE, 8 novembre 1935, *Veuves Loiseau, Vion et Philipponneau*, p. 1019.

L'acte médical se trouvait ainsi déterminer l'application d'un régime différent de responsabilité. L'acte médical était lui-même déterminé en fonction de sa difficulté : étaient considérées comme des actes médicaux toutes les actions qui ne pouvaient être effectuées que par des praticiens ou sous la responsabilité de praticiens ; les actes de soins pouvaient en revanche être effectués par des auxiliaires de soins sous leur seule responsabilité.

Cette distinction est devenue de moins en moins pertinente dans la mesure où la distinction entre faute lourde et faute simple a été progressivement réduite par la jurisprudence. L'évolution a été particulièrement nette à partir du début des années 1980.

D'une part, le juge a fait peser une obligation de moyens de plus en plus rigoureuse sur le service public hospitalier, en ayant une acception large des dysfonctionnements constitutifs de fautes dans l'organisation du service. La jurisprudence a ainsi évolué dans le sens d'une plus grande sévérité à l'égard des hôpitaux, en ce qui concerne par exemple la nécessaire présence d'un personnel qualifié ou l'obligation de surveillance et de vigilance vis-à-vis des malades.

D'autre part, le juge a interprété de plus en plus strictement le champ de la faute lourde, en le limitant aux seuls actes médicaux réellement complexes et, corrélativement, en élargissant au maximum la notion d'acte de soins courants et de faute dans l'organisation et le fonctionnement du service. Ont ainsi été considérées comme relevant du fonctionnement du service les conséquences d'un mauvais positionnement d'un membre supérieur lors de l'installation sur la table d'opération d'un opéré<sup>2</sup>, l'introduction accidentelle d'un germe microbien dans l'organisme d'un patient au cours d'une intervention chirurgicale<sup>3</sup>, ou encore les conditions dans lesquelles a été réalisée une anesthésie locale préalable à la réduction chirurgicale d'une fracture<sup>4</sup>. La jurisprudence relative aux opérations techniques et délicates s'est ainsi trouvée réduite à un noyau dur.

Enfin, le juge a considérablement atténué la portée de l'exigence d'une faute lourde, en qualifiant de lourdes les fautes commises par les praticiens dès lors qu'il ne s'agissait pas de simples erreurs ou maladroites vénielles. A partir de la fin des années 1980, les maladroites opératoires, les retards imputables aux médecins, l'absence ou l'insuffisance de sur-

---

2. CE, 5 janvier 1977, Prades, p. 861.

3. CE, 9 décembre 1988, Cohen, p. 431.

4. CE, 8 décembre 1989, M<sup>me</sup> Hairon-Lescure, p. 521.

veillance postopératoire des malades ont été regardés comme pouvant constituer des fautes lourdes, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. Longtemps synonyme d'irresponsabilité, la faute lourde était plus fréquemment admise par le juge<sup>5</sup>.

L'aboutissement logique de cette évolution a été l'abandon de l'exigence d'une faute lourde pour les actes médicaux. Par sa décision M. et M<sup>me</sup> V. du 10 avril 1992<sup>6</sup>, le Conseil d'État a renoncé à la faute lourde à propos d'un cas où l'application de la jurisprudence traditionnelle n'aurait pas permis de retenir la responsabilité de l'hôpital : les praticiens avaient commis un ensemble d'erreurs ou d'imprudences à l'occasion d'un accouchement par césarienne, mais n'avaient pas eu de comportement réellement fautif.

34 Le Conseil d'État a, ce faisant, unifié le régime de la faute dans le domaine hospitalier. L'abandon de l'exigence de la faute lourde pour les actes médicaux n'a toutefois pas entraîné un changement radical des obligations qui pèsent sur les établissements hospitaliers. En effet, la notion de « faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital » laisse place à une marge d'appréciation du juge, en fonction de la nature et de la difficulté des tâches en cause, et doit être distinguée de la simple erreur ou maladresse. Ainsi que le soulignait le commissaire du gouvernement Hubert Legal dans ses conclusions sous l'arrêt M. et M<sup>me</sup> V. : « La faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital doit être distinguée de la simple erreur ou maladresse. Il faut distinguer entre, d'un côté, l'erreur isolée, la maladresse légère ou l'imprudence minimale explicable par une situation d'urgence et, de l'autre côté, la faute, c'est-à-dire l'option ou le geste clairement contraire aux règles de l'art. Le seuil de la faute se place à un niveau élevé compte tenu de la nature et de la difficulté de l'activité médicale. »

L'examen de la jurisprudence des tribunaux et des cours administratives d'appel depuis 1992 confirme que l'abandon de la faute lourde n'a pas conduit à un accroissement sensible du nombre de cas où la responsabilité des hôpitaux est retenue à raison des actes médicaux. L'unification du régime de la faute du service public hospitalier ne s'est pas traduite par une rupture dans la jurisprudence : la véritable césure se

---

5. Sur ces points, voir R. Schwartz, « La responsabilité hospitalière et le juge administratif : une remarquable évolution », *Gaz. Pal.*, 2-3 octobre 1991, p. 2 ; et Christine Maugué, « La responsabilité médicale hospitalière », *Droit médical et hospitalier*, Paris, Litec, 1996.

6. Assemblée, p. 171 ; *AJDA*, 1992, conclusions H. Legal, p. 355 ; *JCP*, 1992, II, 21881, note J. Moreau.

situé plutôt au milieu des années 1980, lorsque le juge administratif a sensiblement atténué la portée de l'exigence d'une faute lourde.

– *Le développement de cas de responsabilité sans faute des établissements publics de santé dans leur mission de soins.* Alors que la responsabilité de l'hôpital n'a longtemps pu être engagée vis-à-vis des usagers, c'est-à-dire des malades hospitalisés, que si le dommage se rattachait à une faute du service public, le juge administratif a récemment admis deux hypothèses de responsabilité sans faute des hôpitaux publics : le juge a accepté de faire une place à la responsabilité sans faute lorsqu'il est fait usage d'une thérapeutique nouvelle dont les conséquences ne sont pas entièrement connues<sup>7</sup> et lorsque est pratiqué un acte médical comportant un risque exceptionnel mais connu<sup>8</sup>.

C'est à l'occasion de l'affaire Gomez que, pour la première fois, la responsabilité sans faute d'un hôpital public a été admise. Il s'agissait d'un cas particulier : un jeune garçon, âgé de 15 ans, avait été opéré selon une thérapeutique nouvelle, dite méthode de Luqué, pour redresser sa colonne vertébrale ; à la suite de cette intervention, il avait été atteint d'une paraplégie des membres inférieurs. Cette invalidité, qui était la conséquence directe de l'opération, ne pouvait être réparée selon les règles normales de responsabilité car aucune faute n'avait été commise dans la conduite de l'opération.

Les juges du fond ont considéré que l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle dans ces conditions créait un risque spécial pour les malades qui en sont l'objet et qu'il faut les indemniser lorsque ce risque se réalise et cause des complications très graves alors que le recours à cette thérapeutique ne s'imposait pas pour des raisons vitales<sup>9</sup>. Trois conditions cumulatives sont donc requises : l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle dont les conséquences ne sont pas entièrement connues, l'absence de raisons vitales imposant cette utilisation et l'existence de complications exceptionnelles et anormalement graves liées directement à cette thérapeutique.

Cet arrêt n'ayant pas été frappé de pourvoi en cassation, le Conseil d'État n'a pas eu à se prononcer sur le bien-fondé du raisonnement tenu

7. Cour administrative d'appel de Lyon, plénière, 21 décembre 1990, Consorts Gomez, p. 498.

8. CE, Assemblée, 9 avril 1993, M. Bianchi, p. 127.

9. CAA Lyon, plénière, 21 décembre 1990, p. 498 ; *AJDA*, 1991, chronique de jurisprudence des cours administratives, p. 126.

par la cour. Mais, peu de temps après, le Conseil d'État a lui aussi, statuant comme juge d'appel, admis une responsabilité sans faute des hôpitaux publics<sup>10</sup>. L'hypothèse était très différente : M. Bianchi avait certes lui aussi été victime de dommages extrêmement graves à la suite de son passage à l'hôpital – entré au centre hospitalier La Timone, à Marseille, pour y subir une artériographie vertébrale rendue nécessaire par des chutes répétées de tension et une paralysie faciale dont il souffrait, il s'était trouvé atteint de tétraplégie en se réveillant de son anesthésie –, mais ceux-ci résultaient non d'une thérapeutique nouvelle mais d'un acte d'investigation connu, une artériographie, dont les médecins savent qu'il présente un risque infime mais connu de complications très graves, de l'ordre de trois à quatre cas pour dix mille. Ni les pièces du dossier ni les expertises ordonnées par le tribunal administratif et le Conseil d'État ne permettaient d'établir une quelconque faute de l'hôpital. L'application des règles classiques de la jurisprudence aurait donc dû conduire à rejeter la demande d'indemnisation posée par M. Bianchi. Le Conseil d'État a pourtant admis que, « lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentent un caractère d'extrême gravité ». Trois conditions sont là encore requises : un acte médical comportant un risque exceptionnel mais connu, l'absence de toute indication que le malade soit exposé à ce risque et la réalisation de dommages d'une extrême gravité.

Les solutions dégagées par ces deux décisions sont très encadrées puisqu'elles sont limitées aux « complications exceptionnelles et anormalement graves résultant de l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle dont les conséquences ne sont pas entièrement connues » et aux « dommages présentant un caractère d'extrême gravité » dus à un « risque dont la réalisation est exceptionnelle ». Ces décisions sont donc destinées à répondre à des situations marginales causées par l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle ou par la réalisation d'un risque exceptionnel et que l'équité commande de réparer. Elles n'en constituent pas moins un

---

10. CE, Assemblée, 9 avril 1993, M. Bianchi, p. 127 ; *RFDA*, 1993, p. 573, conclusions S. Daël ; *AJDA*, 1993, p. 344, chronique Ch. Maugué et L. Touvet ; *JCP*, 1993, II, 22061, note J. Moreau.

infléchissement important de la jurisprudence, jusque-là résolument hostile à toute responsabilité sans faute des hôpitaux publics.

La jurisprudence Bianchi a d'ores et déjà reçu une autre application, à propos d'un décès survenu à la suite d'une anesthésie générale<sup>11</sup>. Le risque inhérent aux anesthésies générales a été considéré comme un risque connu, mais dont la réalisation est exceptionnelle au sens de l'arrêt Bianchi (mortalité ou morbidité grave comprise entre un cas sur huit mille et un cas sur treize mille) ; et aucune raison ne permettait de penser que le patient, en l'occurrence un enfant opéré sous anesthésie générale pour une circoncision, y était particulièrement exposé. L'hôpital a, dans ces conditions, été condamné à réparer sans faute le préjudice subi par les parents, ayants droit du jeune garçon, alors que les circonstances de l'affaire – une anesthésie pratiquée en vue d'effectuer une circoncision et non un acte thérapeutique – auraient pourtant pu conduire le juge à adopter une solution différente.

37

*La responsabilité civile des médecins est au cœur de réflexions et de débats.*

En cas d'exercice en secteur privé, la responsabilité médicale est, comme dans le cadre hospitalier, gouvernée par la logique de la faute. La jurisprudence judiciaire a elle aussi évolué de façon très sensible, mais l'obligation qui pèse sur les médecins reste une obligation de moyens.

– *Une responsabilité médicale fondée sur une obligation de moyens assortie d'aménagements rigoureux.* Depuis l'arrêt Mercier<sup>12</sup>, qui a posé le principe de la nature contractuelle de la responsabilité médicale, l'obligation du médecin a toujours été qualifiée d'obligation de moyens. Cette obligation consiste, pour le médecin, à donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science du moment.

Des évolutions jurisprudentielles ont traduit la volonté du juge judiciaire de faire évoluer la jurisprudence dans le sens d'une responsabilité plus stricte<sup>13</sup>.

11. CAA Lyon, 20 septembre 1993, Hôpital Joseph-Imbert d'Arles, p. 470 ; *RFDA*, 1994, p. 99, note P. Bon ; confirmé par CE, section, 3 novembre 1997, Hôpital Joseph-Imbert d'Arles, à paraître au recueil ; *RFDA*, 1998, p. 90, conclusions V. Pécresse ; D 1999, SC, p. 45, chron. P. Bon et D. de Béchillon.

12. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 20 mai 1936, DP 1936.1.88, rapport Josserand, conclusions Matter, note E. P.

13. Sur ces points, voir G. Viney et P. Jourdain, « L'indemnisation des accidents médicaux : que peut faire la Cour de cassation ? », *JCP*, éd. G., 1997, II, 4016.

Dans certains domaines, la jurisprudence judiciaire a admis des assouplissements au principe de l'obligation de moyens.

On relève ainsi que, lorsque des dommages résultent d'actes de soins courants ou lorsque sont mises en œuvre des techniques fiables et éprouvées pour lesquelles l'aléa est bien maîtrisé, les tribunaux judiciaires ont tendance à faire preuve de plus de rigueur à l'égard des médecins et des autres professionnels de santé qui les accomplissent. Tel est le cas pour les analyses de laboratoire, les injections cutanées ou encore les examens simples qui ne relèvent pas à proprement parler de l'exercice de l'art médical<sup>14</sup>.

38 Plus récemment, le juge a également facilité la tâche des victimes d'infections nosocomiales. Par un arrêt du 21 mai 1996, la première chambre civile de la Cour de cassation a institué une présomption de faute en cas d'infection contractée lors d'une intervention chirurgicale<sup>15</sup>. Cette présomption pèse sur les cliniques. La jurisprudence fait certes preuve de prudence dans la mise en œuvre de la présomption, qui ne joue que pour les infections contractées en salle d'opération. Mais il s'agit quand même d'une innovation importante : jusque-là, la jurisprudence judiciaire continuait à demander à la victime la preuve d'une faute des cliniques pour la réparation de tels dommages, bien qu'ils soient en réalité tout à fait étrangers aux actes médicaux eux-mêmes<sup>16</sup>.

Enfin, un arrêt tout récent de la Cour de cassation a facilité la tâche de toutes les victimes d'accidents médicaux. Le médecin est tenu, dans la ligne de sa responsabilité contractuelle et dans le cadre de son obligation de soins consciencieux et attentifs, d'informer le patient sur son état, sur les soins qu'il doit lui prodiguer et leurs conséquences éventuelles. Depuis un arrêt de la Cour de cassation du 29 mai 1951<sup>17</sup>, la jurisprudence considérait, sur le fondement de l'article 1315 alinéa 1<sup>er</sup> du Code civil, que c'était sur le patient que devait peser la charge de la preuve de l'inexécution de ce devoir d'information du médecin. Mais, par un arrêt du 25 février 1997, la première chambre civile de la Cour de cassation, dans sa formation plénière, a estimé qu'il incombait au médecin de prouver qu'il avait exécuté son obligation d'information<sup>18</sup>.

14. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 17 janvier 1980, Bull. civ. I, n° 187, pour une piqûre.

15. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 21 mai 1996, Bull. civ. I, n° 219 ; *RTD civ.*, 1996, p. 913, observations P. Jourdain.

16. Voir par exemple Cass., 1<sup>re</sup> civ., 28 juin 1989, Bull. civ. I, n° 266, D 1990, p. 413, note Y. Dagorne-Labbé.

17. Bull. civ., n° 162.

18. Bull. civ. I, n° 75.



Cet arrêt a été nuancé par la suite : il n'y a pas obligation de donner une information écrite et le juge s'en tient à des présomptions de preuve<sup>19</sup>. Cet arrêt a eu une incidence très perceptible sur l'évolution de la jurisprudence administrative puisque, à peine une année plus tard, la cour administrative d'appel de Paris jugeait, dans un arrêt rendu en séance plénière, le 9 juin 1998, qu'en matière d'information du patient la charge de la preuve incombe à l'établissement public, et ce alors même qu'il s'agit d'un risque exceptionnel, dès lors que ce risque est bien connu<sup>20</sup>.

Dans d'autres domaines, la jurisprudence déroge au principe de l'obligation de moyens en acceptant de mettre une obligation de résultat à la charge des médecins ou établissements de soins en tant que fournisseurs de certains produits et appareils.

Deux exemples peuvent être donnés. En matière de prothèses dentaires, le juge constate que, « si le chirurgien dentiste est tenu d'une simple obligation de moyens quant aux soins qu'il prodigue, il est tenu à une obligation de résultat comme fournisseur d'une prothèse, devant délivrer un appareil sans défaut<sup>21</sup> ». La jurisprudence raisonne de la même façon en matière de contamination transfusionnelle en mettant à la charge des centres de transfusion sanguine une obligation de sécurité-résultat leur imposant de livrer du sang exempt de vices, ce qui permet l'indemnisation des transfusés contaminés par le virus du sida ou de l'hépatite C<sup>22</sup>. Toutefois, on voit que, dans ces deux cas, ce n'est pas l'acte de soins en tant que tel qui est en cause, mais un acte de dispensation d'un appareil ou d'un produit.

39

– *Une responsabilité qui reste fondée sur une obligation de moyens.* En dépit des évolutions intervenues, l'obligation qui pèse sur le médecin reste fondamentalement une obligation de moyens.

Il est vrai qu'un arrêt du 7 janvier 1997 de la première chambre civile a causé quelques perturbations en affirmant, pour fonder la cassation, qu'en écartant la responsabilité d'un chirurgien alors qu'il résultait de ses propres constatations que la blessure de l'artère sous-clavière gauche avait été « le fait du chirurgien », la cour d'appel avait violé les articles 1135

19. Voir Cass., 1<sup>re</sup> civ., 14 octobre 1997, Bull. civ. I, n° 278 ; *JCP*, éd. G, II, 22942, rapport de Pierre Sargos ; *RDSS*, 1998, p. 68, chronique de M. Harichaux sur la preuve de l'information médicale.

20. M. Guilbot, n° 95 PA 03660.

21. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 15 novembre 1988, Bull. civ. I, n° 319.

22. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 12 avril 1995, deux arrêts : Bull. civ. I, n°s 179 et 180 ; *JCP*, 1995, éd. G, II, 22467, note P. Jourdain.

et 1147 du Code civil<sup>23</sup>. Le simple fait du chirurgien suffirait donc à engager la responsabilité sur le fondement de ces deux articles, alors même que le caractère fautif de ce fait ne serait pas établi : autrement dit, l'accident chirurgical non fautif engagerait la responsabilité du chirurgien.

40 Mais cette interprétation a été très clairement démentie par un autre arrêt de la même chambre, rendu le 25 février<sup>24</sup>. La Cour de cassation a en effet rejeté le pourvoi par des motifs qui expriment clairement le maintien d'une obligation de moyens : « Attendu que le chirurgien, alors même qu'il procède à la pose d'un appareil sur la personne du patient, n'est tenu qu'à une obligation de moyens ; que la cour d'appel qui, par motifs adoptés, a retenu, au vu des conclusions de l'expert, qu'eu égard à la pathologie présentée la technique utilisée était non seulement justifiée, mais la meilleure en l'état des connaissances médicales, a, par motifs propres, relevé que le matériel employé était exempt de vices et que le praticien l'avait vérifié avant son utilisation [...], qu'elle a aussi retenu qu'aucune maladresse n'avait été commise lors de la mise en place initiale du ballonnet, puis lors de son retrait ; qu'elle a ajouté que les soins avaient été consciencieux, attentifs et conformes aux données de la médecine et de la science ; que la cour d'appel, qui a ainsi écarté l'existence d'une faute dans la préparation comme dans l'accomplissement et le suivi de l'acte médical, a légalement justifié sa décision. » Ce raisonnement a été confirmé par la suite<sup>25</sup>.

Dans ces conditions, le juge judiciaire ne peut, en l'état actuel de sa jurisprudence, indemniser les accidents médicaux non fautifs. Certains appellent de leurs vœux la mise en place d'un système général d'indemnisation objective des accidents médicaux et suggèrent qu'à défaut d'intervention législative le juge prenne les devants<sup>26</sup>. Il est proposé de fonder l'indemnisation des accidents médicaux sur une obligation de sécurité distincte de l'obligation de soins : il suffirait d'admettre que le dommage accidentel qui survient à l'occasion d'un acte médical, qu'il s'agisse d'un acte directement curatif ou d'un acte nécessaire au diagnostic ou au traitement, n'est pas le résultat du manquement à l'obligation de soins du médecin, mais caractérise une atteinte à la sécurité du patient et représente ainsi l'inexécution d'une obligation accessoire

23. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 7 janvier 1997, Bull. civ. I, n° 7 ; D 1997, p. 189, rapport Sargos.

24. Cass., 1<sup>re</sup> civ., Bull. civ. I, n° 72 ; *Gaz. Pal.*, 27-29 avril 1997, rapport Sargos.

25. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 27 mai 1998, Quéran c. Le Guen et autres ; *Gaz. Pal.*, 23 octobre 1998, p. 78.

26. Voir G. Viney et P. Jourdain, « L'indemnisation des accidents médicaux : que peut faire la Cour de cassation ? », *loc. cit.*

de sécurité. Cette obligation serait de résultat et son domaine limité aux accidents médicaux, ceux-ci étant définis comme les résultats dommageables d'un acte médical lorsque ces résultats sont sans rapport avec ceux qu'aurait provoqués le simple échec des soins.

Ces propositions sont séduisantes. Mais la reconnaissance de l'existence, en matière médicale, d'une obligation de sécurité se traduirait en l'état par un alourdissement de la responsabilité professionnelle des médecins. Avec les instruments juridiques dont il dispose, le juge judiciaire ne pourrait faire peser la réparation de cette obligation de sécurité-résultat que sur les médecins alors que le juge administratif l'a mise, et encore uniquement dans des cas très circonscrits, à la charge des établissements de santé. Cette dernière solution n'est sans doute pas idéale car elle revient à faire supporter aux établissements publics le fait qu'aujourd'hui la société n'admet plus la réalisation d'aléas qu'elle acceptait par le passé : dès lors que c'est un choix collectif qui est en cause et qu'aucune faute ne peut être reprochée aux établissements et aux médecins qui y travaillent, il serait sans doute plus équitable que soit mise en place une assurance obligatoire ou un fonds de garantie. Mais la prise en charge de l'aléa thérapeutique par les établissements permet à tout le moins de ne pas accabler les médecins.

41

Le rapprochement des deux responsabilités, la responsabilité hospitalière mise en œuvre par le juge administratif et la responsabilité médicale engagée devant le juge civil, est manifeste. Les indices d'une uniformisation des deux responsabilités sont nombreux. Néanmoins, il subsiste certaines différences qui paraissent en l'état difficilement réductibles.

### *La responsabilité pénale des médecins a un développement récent*

Les médecins ont longtemps connu une immunité pénale quasi totale. Mais, depuis les années 1960 et surtout les années 1970, le nombre de poursuites s'est sensiblement accru. Il n'existe pas de statistiques des poursuites pénales en la matière et les seules données fiables sont données par les compagnies d'assurances. Il en ressort que, sur les millions d'actes médicaux recensés chaque année, le nombre de sinistres ne dépasse que le millier, que la responsabilité n'est retenue que dans un quart des cas et que, sur les indemnisations accordées, seule une minorité résulte de procès pénaux<sup>27</sup>. La même constatation peut être faite pour

27. Voir sur ce point, comme sur tous ceux abordés dans cette partie, M. Véron, « La responsabilité pénale en matière médicale », in *Droit médical et hospitalier*, Paris, Litec, 1997,

les établissements de santé : si le nombre des plaintes augmente régulièrement, celui des condamnations reste relativement stable, autour d'une vingtaine par an. L'hôpital n'est pas encore devenu une scène pour le procès pénal, grâce à la mise en place de mécanismes d'indemnisation des patients victimes d'erreurs médicales et à la politique active de transaction conduite par beaucoup de grands hôpitaux – telle notamment l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris. Il reste que le risque pour un médecin de voir sa responsabilité recherchée s'est accru, même si elle ne sera que rarement effectivement engagée : aujourd'hui, sur une carrière de trente-cinq ans, un médecin sur deux peut être mis en cause ; il y a dix ans, c'était un médecin sur trois.

42 Les médecins peuvent être amenés, à l'occasion de leur exercice professionnel, à commettre des infractions de nature très diverse.

Les infractions les plus courantes sont celles de l'homicide involontaire<sup>28</sup> et des blessures involontaires<sup>29</sup>. Les fautes pénalement sanctionnées commises par les médecins sont donc rarement intentionnelles : la plupart du temps, c'est involontairement, par imprudence ou par négligence, que le médecin cause un préjudice corporel à son patient. En cas de « manquement délibéré à une obligation de sécurité et de prudence imposée par la loi ou les règlements », le Code pénal prévoit une aggravation des peines<sup>30</sup>.

Le Code pénal énumère limitativement les fautes incriminables, mais les termes qu'il utilise sont assez larges et permettent de saisir les comportements fautifs à travers leur extrême variété et la diversité de leurs manifestations. Il y a trois sortes de fautes. La première catégorie correspond aux fautes dites de commission : en font partie la maladresse (ce peut être un geste chirurgical maladroit qui entraîne une blessure ou une infirmité) et l'imprudence (elle résulte d'un manque de précautions : ainsi d'un médecin qui administre une surconcentration d'adrénaline, allant jusqu'à trente fois la norme<sup>31</sup>). La seconde catégorie correspond aux fautes d'omission : il s'agit de l'inattention (elle résulte d'un manque d'attention, de concentration : ainsi d'un chirurgien qui oublie une pince hémosta-

---

et S. Clément, « La responsabilité médicale », in *Traité pratique de l'instruction*, Paris, Litec, à paraître.

28. Code pénal, article 221-6.

29. Article 222-19.

30. Article 221-6, alinéa 2, article 222-19, alinéa 2, et article 222-20.

31. Crim., 7 juin 1988, Bull., n° 261.

tique ou une compresse dans la cavité abdominale après l'intervention<sup>32</sup>) et de la négligence (elle se caractérise par un manque d'application, de sérieux, une insouciance, un oubli des règles ordinaires de l'art : ainsi d'un chirurgien qui remet au lendemain une intervention urgente<sup>33</sup>). La dernière catégorie correspond au manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements : constituent ainsi une faute pénale les manquements aux dispositions particulières propres à l'exercice de la médecine ou à certaines spécialités (anesthésie, collecte du sang, recherches biomédicales, prélèvement d'organes, etc.) dès lors qu'il en est résulté un dommage pour une personne.

Mais, pour caractériser une éventuelle faute, il faut se référer à un comportement considéré comme normal. Le modèle de référence est là encore fourni par l'arrêt Mercier de 1936, qui impose aux médecins de donner des « soins consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

La loi du 13 mai 1996 a modifié l'article 121-3 du Code pénal de sorte qu'il prévoit désormais qu'il n'y a pas de délit d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité si l'auteur des faits a accompli les diligences normales « compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait ». Cette modification a eu pour but d'obliger les magistrats à ne plus apprécier la faute *in abstracto*, mais à rechercher *in concreto*, au vu des circonstances particulières à chaque cas, comment s'est comportée la personne poursuivie.

Outre ces infractions classiques, les médecins sont soumis, en tant que praticiens, à une législation professionnelle qui les expose à commettre d'autres infractions. Celles-ci sont en nombre élevé. Aux infractions anciennes (violation du secret médical, faux en matière de certificats, d'attestations et autres déclarations aux organismes sociaux, pratique d'interruption volontaire de grossesse illicite) se sont ajoutées des infractions nouvelles liées au développement des techniques et des pratiques médicales (violation des dispositions relatives aux essais thérapeutiques ou aux transplantations d'organes, infractions aux lois du 29 juillet 1994 sur la bioéthique et la protection du corps humain, etc.).

32. Crim., 22 octobre 1979, *Gaz. Pal.*, 1980, 1, 1973.

33. Crim., 15 mai 1982, *Bull.*, n° 134.

Toutes les catégories de médecins peuvent se voir reprocher des fautes pénales. Les contentieux les plus fournis concernent les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues. Mais la jurisprudence montre que toutes les spécialités sont concernées. Et au-delà du corps proprement dit des médecins, c'est l'ensemble des professions concernées par la santé et l'acte médical qui est exposé : infirmiers, sages-femmes, personnels de direction ou de surveillance, pharmaciens, entreprises chargées de la fabrication des appareils ou des produits utilisés, etc.

44 Il convient enfin de rappeler que la responsabilité de la personne morale peut désormais être engagée, soit à la place de celle du ou des praticiens, soit concurremment. Les articles 222-7 et 222-21 du Code pénal prévoient que les délits d'homicide et blessure involontaires, y compris par manquement délibéré à une obligation de sécurité et de prudence, peuvent être reprochés à une personne morale. Il en est de même pour la mise en danger d'autrui. Et l'établissement de soins poursuivi peut aussi bien être privé que public. L'article 121-2 exige seulement que l'infraction ait été commise par un organe ou un représentant de la personne morale, agissant pour le compte de celle-ci. L'hypothèse la plus fréquente, évoquée par la circulaire du 14 mai 1993, est celle de la non-application d'une règle de sécurité que les organes ou représentants de la personne morale auraient omis de faire respecter. Précisons que la responsabilité pénale des personnes morales n'est nullement exclusive de celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits<sup>34</sup>.

## NOUVEAUX MODES DE RÉPARATION ET DÉVELOPPEMENT D'UNE RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE DES MÉDECINS

### *Des mécanismes nouveaux de prise en charge collective de certains risques*

La nécessité de la mise en place de nouveaux modes de prise en charge de certains risques a été mise en lumière avec l'apparition de risques sériels. Les mécanismes traditionnels de la responsabilité médicale auraient en effet été impuissants à permettre une réparation des risques sériels, ces risques étant définis comme ceux qui, du fait notamment de la défectuosité d'un produit utilisé au cours d'un traitement médical,

---

34. Voir J. Moreau, « La responsabilité pénale des établissements publics de santé et le nouveau Code pénal », *AJDA*, 1995, p. 620.

concernent un grand nombre de personnes. Le commissaire du gouvernement Serge Daël relevait ainsi, dans ses conclusions sous l'arrêt Bianchi : « Il est clair que l'exigence de spécialité du préjudice exclut la prise en compte au titre de la responsabilité sans faute de catastrophes nationales. Franchir un pas supplémentaire en renonçant à l'exigence de spécialité reviendrait à confondre responsabilité et solidarité<sup>35</sup>. »

Le premier risque sériel à avoir fait l'objet d'un régime juridique spécifique est celui de la contamination transfusionnelle par le VIH, en application de l'article 47 de la loi 91-1406 du 31 décembre 1991. Ce régime fait appel à une autre logique d'indemnisation, qui relève de la solidarité et non de la responsabilité : l'autonomie de ces deux logiques se manifeste par le fait que l'indemnisation des victimes par le fonds d'indemnisation ne fait pas obstacle à ce que les victimes engagent par ailleurs une action en responsabilité contre les personnes responsables de leur contamination. On sait que, par un avis du 15 octobre 1993, le Conseil d'État a estimé que cette possibilité restait offerte par la loi<sup>36</sup>, tandis que la Cour de cassation, saisie d'un recours juridictionnel, l'avait écartée<sup>37</sup>. Saisie à son tour de cette question, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé que le système français ne présentait pas une clarté et des garanties suffisantes pour éviter un malentendu quant aux modalités d'exercice des recours offerts et aux limitations découlant de leur exercice simultané<sup>38</sup>.

45

Ce procédé vise à assurer un équilibre raisonnable entre les exigences de la solidarité envers les victimes de contamination et celles de la gestion des finances publiques. Mais la loi n'a pas précisé que l'indemnisation ne serait que forfaitaire. Sans doute un barème de référence a-t-il été établi à l'usage du fonds d'indemnisation, dont les évaluations sont rarement modifiées par la cour d'appel de Paris, mais il ne présente pas un caractère impératif. En effet, seule la loi pourrait limiter les dommages et intérêts et la liste des dommages indemnifiables. En l'état actuel du dispositif, le juge ne peut, dès lors qu'il estime que la responsabilité de l'auteur de l'acte est entière, qu'indemniser l'intégralité du préjudice. La formule retenue est donc coûteuse pour les finances publiques.

---

35. *RFDA*, 1995, p. 581.

36. Consorts Jezequel et Vallée, p. 280.

37. Cass., 26 janvier 1994, *Bull. civ. II*, n° 41.

38. CEDH, 4 décembre 1995, *Bellet c. France*, aff. 21/1995/527/613.

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir comment traiter les autres risques sériels. Celui résultant de l'hépatite C est d'ores et déjà avéré et pourrait concerner plusieurs centaines de milliers de personnes. Si la législation n'est pas modifiée, ce coût sera mis à la charge des centres de transfusion sanguine en vertu de la jurisprudence civile et administrative. En effet, par deux décisions quasiment simultanées de 1995, le juge judiciaire et le juge administratif ont imposé aux centres de transfusion sanguine un régime de responsabilité sans faute applicable nonobstant les connaissances scientifiques du moment<sup>39</sup> : il s'agit d'une obligation de résultat qui impose à ces organismes de livrer un produit exempt de tout risque infectieux, et ce quelles que soient la date de la transfusion et la nature de l'infection. La loi du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, qui permet d'écarter la responsabilité du producteur pour risque de développement, ne remet pas en cause cette solution car elle a exclu de l'exonération les cas où le dommage était causé par un élément du corps humain ou par les produits issus de celui-ci. Mais, si la législation n'est pas modifiée, les centres de transfusion seront rapidement dans l'impossibilité de faire face à cette nouvelle responsabilité sans l'aide de la collectivité. On ne voit donc guère comment éviter que la loi intervienne pour créer un nouveau mécanisme d'indemnisation relatif aux dommages résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C. Cela d'autant qu'elle seule permettrait de retenir le principe d'une indemnisation forfaitaire qui maintienne la dépense publique dans certaines limites. Ainsi que le relevait le Conseil d'État dans son rapport annuel consacré au droit de la santé, « l'indemnisation du risque sériel est quant à elle admise par les deux ordres de juridiction. Mais l'ampleur de l'enjeu financier appellera sans doute dans un avenir proche une solution fondée sur le principe de solidarité dont le législateur pourrait seul fixer les limites<sup>40</sup> ».

Ainsi qu'il a été dit ci-dessus, des voix se sont également élevées depuis de nombreuses années pour organiser un système général d'indemnisation des accidents médicaux. Ce système permettrait d'assurer une protection efficace des victimes d'accidents médicaux non fau-

39. Cass., 1<sup>re</sup> civ., 12 avril 1995, Centre départemental de transfusion sanguine de l'Essonne, Bull. civ. I, n° 179 ; *JCP*, 1995, II, 22647, note P. Jourdain. CE, Assemblée, 26 avril 1995, Consorts NG, p. 221 ; *RDFA*, 1995, p. 748, conclusions Daël ; *AJDA*, 1995, p. 508, chronique L. Touvet et J.-H. Stahl ; *JCP*, 1995, II, 22648, note J. Moreau.

40. EDCE, n° 49, 1998, p. 267.



tifs. Pour parvenir à ce résultat, certaines propositions se sont orientées vers une objectivation de la responsabilité des médecins<sup>41</sup> : mais ce système conduirait les praticiens à assumer la responsabilité de toutes les conséquences « anormales » des dommages résultant de leur activité et il est à craindre qu'il ne condamne le corps médical à l'inertie et ne paralyse tout esprit d'initiative (voir ci-dessus, p. 40 et 41). D'autres propositions ont suggéré de dépasser le cadre de la responsabilité des médecins pour s'attacher à la mise en place d'un mécanisme d'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Mais de nombreuses difficultés ont présidé à l'instauration d'un tel système, ce qui explique les atermoiements du législateur. Une première difficulté consiste à définir préalablement l'aléa thérapeutique indemnisable, une seconde à choisir un mode de financement adapté. Ce dernier choix dépend de la fonction que l'on assigne à l'indemnisation : celle-ci varie selon que le choix thérapeutique est appréhendé comme un risque individuel relevant d'un système assurantiel ou comme un risque social nécessitant une prise en charge collective. Aucune des solutions proposées n'a abouti à ce jour<sup>42</sup>.

47

### *Une responsabilité financière nouvelle*

Depuis le début des années 1990, les pouvoirs publics cherchent à mettre en place une politique active de régulation de l'offre de soins. Dans un premier temps, le système institué a été uniquement incitatif : il s'agissait du système dit de maîtrise médicalisée des dépenses de soins, qui consistait dans une régulation qualitative et non quantitative de l'offre de soins. Les médecins s'entendaient sur la définition de normes de bonne pratique médicale, qui sont des comportements de référence ; ces normes leur devenaient par la suite opposables et donnaient lieu à des retenues financières en fonction du coût et de la gravité des anomalies constatées.

41. Cette thèse a été avancée pour la première fois en 1966 par le Pr André Tunc au 2<sup>e</sup> Congrès international de morale médicale. Elle a ensuite été reprise par le Pr Jean Penneau dans sa thèse publiée en 1974 (*Faute et Erreur en matière de responsabilité médicale*, Paris, LGDJ) et a, depuis, reçu de nombreux appuis (par exemple, P. Sargos, « Réflexions sur les accidents médicaux et la jurisprudence de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale », D 1996, chronique, p. 365 ; contributions diverses aux journées de formation professionnelle de l'ENM, 29 mai au 2 juin 1995, « La responsabilité médicale : de la faute au risque », p. 191 sq.).

42. Sur cette question, voir A. Kimmel-Alcover, « A propos des accidents médicaux : vers l'indemnisation de l'aléa thérapeutique ? », *LPA*, 1996, n° 155, et G. Viney et P. Jourdain, « L'indemnisation des accidents médicaux : que peut faire la Cour de cassation ? », *loc. cit.*

48 Avec l'adoption du plan Juppé, le gouvernement a mis en place un mode de régulation sensiblement plus contraignant de l'offre de soins, reposant sur une régulation quantitative des dépenses médicales. Ses modalités, qui ont d'abord résulté de la combinaison de l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avec la loi de financement de la Sécurité sociale, sont complexes. Le principe est que la loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année la norme d'évolution des dépenses d'assurance maladie. Cette norme est ensuite déclinée selon les différents secteurs du système de soins (hospitalisation publique et privée, soins de ville, secteur médico-social). Compte tenu de l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville déterminé, une annexe à la convention nationale des médecins ou, le cas échéant, aux deux conventions fixe un « objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales ». Cet objectif est fixé séparément pour les médecins généralistes et pour les médecins spécialistes et se décompose en un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires et un montant prévisionnel des dépenses de prescriptions. En cas de non-respect de l'objectif, un reversement est exigible de la part de l'ensemble des médecins. Dans le système issu de l'ordonnance, ce reversement était arrêté selon des conditions de calcul déterminées par voie de décret ainsi que par les conventions médicales. L'ordonnance donnait toutefois des indications sur les critères qui pouvaient être pris en compte : il pouvait être tenu compte notamment du respect des objectifs par spécialité ou par zone géographique, de l'évolution, du niveau relatif et des caractéristiques de l'activité du médecin, notamment en ce qui concerne les prescriptions de l'importance des dépassements d'honoraires et du respect des références médicales opposables.

Mécontents de ce reversement, les syndicats de médecins ont contesté à la fois l'ordonnance et les conventions conclues avec les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Le Conseil d'État a fermement écarté l'argumentation consistant à analyser ce reversement comme une sanction<sup>43</sup>. Deux raisons conduisaient à une telle solution. En premier lieu, en instituant un mécanisme d'ajustement des dépenses de soins, l'ordonnance n'a pas cherché à sanctionner un comportement fautif de la part des médecins, mais n'a fait que tirer les conséquences

---

43. 30 avril 1997, Association nationale pour l'éthique de la médecine libérale et autres, p. 174, et Assemblée, 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Ain, à paraître au recueil.

du vote par le Parlement d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie. Le nouveau système de régulation de l'assurance maladie repose en effet sur un encadrement des objectifs financiers par le Parlement et le gouvernement. Et la logique même de l'institution d'un plafonnement de l'augmentation des dépenses conduit à ce que le système de reversement revête un caractère automatique car il constitue un mode d'ajustement des dépenses : le non-respect collectif de l'objectif entraîne un reversement de la part de l'ensemble des médecins. En second lieu, le mécanisme d'individualisation des versements à la charge des médecins montrait que ces versements ne sont pas nécessairement et complètement liés au comportement individuel des médecins.

A la suite de l'annulation des arrêtés approuvant les conventions médicales conclues avec les généralistes et avec les spécialistes sur le fondement de cette ordonnance, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité a annoncé qu'elle renonçait au système de reversement tel qu'il avait été prévu par l'ordonnance et les conventions. Mais le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a repris le principe d'un reversement destiné à réguler les dépenses de soins induites par les médecins libéraux. Ce reversement fonctionne selon les mêmes règles : c'est le dépassement de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales qui déclenche le mécanisme du reversement. Toutefois, le législateur a réduit les éléments d'individualisation du reversement : d'une part, la possibilité de régionalisation des objectifs a été supprimée ; d'autre part, le reversement devait être réparti proportionnellement au revenu des médecins, la seule possibilité de modulation prévue étant fonction du niveau de revenu et de l'appartenance des médecins au secteur 2.

Ces dispositions ont été censurées par le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 18 décembre 1998. Mais les motifs de la décision montrent que le Conseil constitutionnel n'a pas condamné le reversement (appelé « contribution » par la loi) dans son principe : pas davantage que le Conseil d'État, il n'a considéré qu'il s'agissait d'une sanction, auquel cas elle aurait été nécessairement illégale car collective. Le Conseil a analysé ce reversement comme une contribution fiscale et a estimé que, dans la mesure où cette contribution était assise sur les revenus professionnels des médecins, et ce quel qu'ait été leur comportement individuel en matière d'honoraires et de prescription pendant l'année au cours de laquelle le dépassement était constaté, elle ne reposait pas sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objet de la loi, c'est-à-dire avec le souci d'inciter les médecins à réguler leur offre

de soins<sup>44</sup>. Cette motivation permet au législateur de conserver le mécanisme du reversement, sous réserve d'en adapter l'assiette.

Les médecins encourent donc une responsabilité juridique qui connaît de multiples formes et qui se développe. Mais la responsabilité médicale sera demain au moins autant financière que juridique. Ainsi que le relevait le rapporteur pour avis du Sénat lors de la discussion sur la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 : « Tous les acteurs du système de santé doivent être responsabilisés, les prescripteurs de soins comme les établissements hospitaliers et les patients. Dans la mesure où la Sécurité sociale assure la solvabilisation des professions médicales, il est normal que la puissance publique leur fixe des objectifs de progression compatibles avec les ressources disponibles<sup>45</sup>. »

50

---

44. Décision 98-404 DC du 18 décembre 1998, *JO*, p. 19663 ; *AJDA* 1999, p. 22, chron. J.E. Schoettl.

45. J. Oudin, avis présenté au nom de la commission des finances sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999.

---

## R É S U M É

---

*La responsabilité juridique des médecins à l'occasion de leur activité professionnelle est en voie de développement. Deux des formes de responsabilité que peuvent encourir les médecins retiennent particulièrement l'attention : la responsabilité civile, qui a connu des évolutions jurisprudentielles très importantes, et la responsabilité pénale qui, pour les médecins comme pour bien d'autres professions, tend à être plus souvent recherchée. Mais cela ne doit pas occulter le développement de nouveaux mécanismes de réparation des dommages causés par les actes de soins ainsi que d'une responsabilité financière des médecins, aujourd'hui en plein essor.*