

## Bilan et perspectives du droit de la responsabilité médicale en matière civile et administrative

### *Present state and foreseeable developments in laws concerning civil and administrative responsibility*

Coursier P (\*)

#### Résumé

La question de la responsabilité médicale en matière civile et administrative n'est pas nouvelle. Depuis de nombreuses années déjà, elle a donné lieu à un minutieux travail de « construction jurisprudentielle », accompagné d'une réflexion doctrinale nourrie. Pourtant, le sujet ne s'en trouve pas épuisé et appelle un enrichissement, voire un renouvellement, incessant de ses solutions... de sorte qu'aujourd'hui, l'identification du régime de la responsabilité médicale oblige le juriste à distinguer selon les différentes obligations qui pèsent sur le médecin.

En ce sens, la responsabilité médicale doit d'abord être envisagée à partir de l'obligation principale de soins issue du contrat médical. Elle doit ensuite être recherchée sur le fondement d'obligations supplémentaires pesant sur le professionnel de santé, lesquelles ont été progressivement dégagées par les tribunaux. En effet, dans un souci évident d'indemnisation des victimes des accidents médicaux, les juridictions civiles et administratives ont peu à peu élargi le champ de la responsabilité médicale à des obligations complémentaires, d'information et de sécurité, elles-mêmes dérivées du contrat médical, jusqu'à la prise en compte, enfin, du cas particulier que représente l'aléa thérapeutique.

En se fondant sur trois piliers, le traitement de la responsabilité médicale devrait avoir trouvé un certain équilibre. Le premier pilier repose sur une sage définition de l'obligation principale de soins

du médecin. Définie de façon réaliste, par référence aux données acquises de la science, cette obligation première permet de sanctionner les médecins coupables de manquements et autorise les victimes à obtenir une juste réparation. Le deuxième pilier définit avec force certaines obligations complémentaires du médecin qui doit veiller à informer le patient et à « sécuriser » la relation entretenue avec le malade. Cependant, l'effet de ces obligations complémentaires est atténué dans la mesure où elle ne permettent pas toujours la réparation intégrale du dommage. Enfin, la beauté du dernier pilier réside dans la noblesse de l'objectif qu'il poursuit : permettre l'indemnisation des victimes d'un aléa thérapeutique lorsque les conséquences de celui-ci sont (trop) intolérables. Certes, la reconnaissance d'une responsabilité sans faute est condamnable sur le plan des principes. Mais le souci de justice n'appelle-t-il pas une telle solution ? Sur ce point, la constitution future d'un fonds d'indemnisation de ces « victimes particulières » de la médecine, et non d'un praticien, semble œuvrer dans la bonne direction. La question qui se pose alors est de savoir si un tel système aura trouver ici son point d'équilibre ou, plus exactement, si la responsabilité des médecins peut être circonscrite autour de ces trois piliers. Si l'auteur de ces lignes le pense, seul l'avenir le dira.

*Mots clés* : responsabilité, soins, obligation, aléa thérapeutique.

(\*) Maître de conférences à la Faculté de Droit de Montpellier I, Directeur de la Prépa-CNESS Montpellier, 39 rue de l'Université, 34060 Montpellier cedex.

(\*\*) Avertissement : compte tenu de la date de livraison de la présente contribution, l'auteur n'a pas pu y intégrer l'importante décision rendue le 17 novembre 2000, en assemblée plénière, par la Cour de cassation (Cass. ass. plén., 17 nov. 2000 : JCPG 2000, Aperçu rapide F. Terré, p. 2267 ; I, 279, étude G. Mémeteau ; II, 10438, note F. Chabas, concl. Sainte-Rose, rapp. P. Sargos.

1. – La question de la responsabilité médicale en matière civile et administrative n'est pas nouvelle. Depuis de nombreuses années déjà, elle a donné lieu à un minutieux travail de « construction jurisprudentielle », de la part des juridictions civiles et administratives, accompagné d'une réflexion doctrinale nourrie [1]. Pourtant, le sujet ne s'en trouve pas épuisé et appelle un renouvellement incessant des solutions.

2. – *Premier constat* : la responsabilité médicale est multiple. Derrière l'intervention du droit civil ou du droit administratif, selon le statut privé ou public du médecin, de nombreuses autres branches du droit sont également sollicitées. Ainsi, en cas d'atteinte à l'intégrité physique du patient, le droit pénal permet à la victime de se porter partie civile dans le cadre d'un procès initié, devant les juridictions répressives, en principe par le ministère public. Les règles issues du Code de la santé publique et du Code de déontologie médicale peuvent également servir à une action disciplinaire devant les juridictions ordinaires. Dans un autre domaine, les dispositions des articles L. 145-1 et suivants du Code de la sécurité sociale permettent aux services du contrôle médical de l'Assurance maladie de saisir la section des assurances sociales du Conseil régional ou inter-régional de l'Ordre des médecins afin que soit infligée une sanction à celui qui ne respecte pas l'ensemble des obligations qui sont les siennes. Enfin, le droit du travail et les juridictions prud'homales peuvent également constituer le théâtre du règlement d'un conflit pouvant naître entre un médecin salarié et son employeur de droit privé... L'ensemble de ces sources de responsabilité et la diversité des procédures qui les accompagnent, constituent une difficulté évidente pour les médecins qui sont chargés d'organiser leur défense. Pour l'heure, seule est envisagée dans ces lignes la responsabilité **en matière civile et administrative** à l'égard du patient victime d'un dommage à la suite d'un acte médical ou préparatoire.

3. – *Second constat* : bien que le sujet soit ici volontairement restreint à ses aspects de droit civil et de droit administratif, la question de la responsabilité des médecins est également porteuse de difficultés liées à la grande variété des situations rencontrées. En effet, tous les médecins n'exercent pas l'art médical dans le même cadre juridique. Ils peuvent être travailleurs indépendants. Ils relèvent alors du secteur libéral et leur activité est essentiellement régie, dans ce cas, par le contrat qui les unit à leurs patients. Ils peuvent également avoir le statut de salarié de droit privé, être employés par une clinique ou un établissement de soins privé, ou encore, exercer leur activité dans le cadre d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL), ou d'une association de praticiens, constituée à cet effet. Ils peuvent, enfin, avoir un statut réglemen-

taire de droit public, en leur qualité de praticien hospitalier ou d'interne. Dans tous les cas, il appartient au juriste de déterminer avec précision les conditions d'exercice de l'activité médicale. L'identification des règles de la responsabilité en dépend directement.

4. – De même, la personne de la victime du préjudice occupe une place importante dans la détermination du régime juridique de la responsabilité invocable. Ainsi, le patient se trouve lié avec le médecin ou l'établissement de soins par un contrat médical qui l'autorise à en invoquer le contenu. Les termes du contrat et la définition des différentes obligations mises à la charge des parties occupent donc une place essentielle dans le processus de responsabilité (C. civ., art. 1134, al. 1<sup>er</sup>). En revanche, les membres de la famille du malade ne sont pas liés par le contrat de soins ou d'hospitalisation. Dès lors, la responsabilité civile du médecin ou de l'établissement de soins devra être recherchée sur le fondement délictuel, organisé aux articles 1382 et suivants du Code civil [2].

5. – Mais avant tout, la détermination du régime de la responsabilité médicale oblige le juriste à distinguer l'ensemble des obligations qui pèsent sur le médecin. La responsabilité médicale est alors envisagée à partir de l'obligation principale de soins (I) issue du contrat médical. Cependant, aux termes de l'article 1135 du Code civil, « les conventions obligent non seulement à ce qui y est exprimé, mais encore à toutes les suites que l'équité, l'usage ou la loi donnent à l'obligation d'après sa nature ». Dès lors, les tribunaux n'ont pas manqué de dégager progressivement des obligations supplémentaires pesant sur le professionnel de santé.

Dans un souci évident d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, les juridictions civiles et administratives ont alors élargi peu à peu le champ de la responsabilité médicale à des obligations complémentaires (II) dérivées du contrat médical... jusqu'à la prise en compte du cas particulier que représente l'aléa thérapeutique (III).

## I. RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET OBLIGATION PRINCIPALE DE SOINS

6. – Depuis longtemps la question de la responsabilité médicale en matière civile et administrative appelle la démonstration de la faute commise par le médecin, ainsi que celle du lien de causalité pouvant unir l'acte fautif et le préjudice subi par le patient. Ce régime de responsabilité applicable en matière médicale tient à la double nature de l'obligation de soins pesant sur le professionnel de santé, laquelle constitue une obligation de moyens (A) de nature contractuelle (B).

## A. Une obligation principale de moyens

7. – Selon la très célèbre formule de l'arrêt *Mercier*, « il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs, et, réserves faites des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science » [3]. Une telle formule mérite bien évidemment d'être rapprochée des dispositions du Code de déontologie qui définissent l'obligation principale de soins en des termes similaires [4]. En d'autres termes, le médecin est tenu d'envisager et de mettre en œuvre tous les moyens que lui procure son Art pour apporter au patient des soins appliqués et les plus appropriés, « conformes aux données acquises de la science » [5]. Sur ce dernier point, il convient de préciser que les « données actuelles » de la science médicale s'apprécient à la date des soins [6].

8. – D'un point de vue juridique, une telle définition de l'obligation principale de soins a des conséquences directes. L'obligation de moyens mise à la charge des médecins signifie que seule une erreur ou une négligence (démontrée) de leur part permet à la victime d'engager leur responsabilité ou celle de leur employeur... afin d'obtenir une juste réparation du préjudice qui en a découlé. Par conséquent, la démonstration d'un manquement du médecin aux règles de l'art médical autorise la victime à prétendre à un dédommagement. Selon la Cour de cassation, toute maladresse d'un praticien engage sa responsabilité (civile) et est, par là même, exclusive de la notion de risque inhérent à un acte médical [7]. Par exemple, l'oubli d'un champ opératoire dans l'abdomen d'un opéré constitue par définition une négligence qui s'apparente à une faute d'inattention et non à un risque inhérent à l'opération elle-même [8].

9. – De même, en matière d'hospitalisation publique, le Conseil d'Etat a abandonné l'exigence d'une faute lourde de la part du médecin [9]. Ainsi, la responsabilité médicale administrative peut être engagée lorsque le praticien hospitalier a commis une simple erreur de diagnostic [10]. Cependant, là encore, la mise en jeu de la responsabilité médicale appelle la démonstration par la victime de la faute ou de la maladresse commise par le médecin ou le personnel médical, ainsi que le lien de causalité pouvant unir l'acte fautif au dommage qui en a résulté pour la victime.

## B. Une obligation principale contractuelle

10. – L'obligation qui pèse sur le médecin résulte du contrat de soins conclu entre lui et son patient. Lorsque le traitement ou l'opération chirurgicale

s'accompagne d'une hospitalisation, un contrat d'hébergement, voire de soins, intervient avec l'établissement de soins privé ou public. Dès lors qu'un manquement intervient dans la qualité des soins, cette obligation contractuelle peut être invoquée par le patient, victime d'une faute ou d'une maladresse du corps médical, à l'encontre soit du médecin, soit de l'établissement de soins, selon la partie au contrat. Ainsi, en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins le liant à son patient, un établissement de santé privé peut voir sa responsabilité civile engagée du fait d'un défaut d'organisation du service de garde [11]. La faute commise par la clinique dans son organisation (déficiente) est de nature à permettre à la victime d'engager sa responsabilité, la circonstance que les médecins aient eux-mêmes des obligations n'étant pas de nature à l'exonérer des conséquences de ses fautes [12].

11. – En présence d'un médecin préposé, rares sont les cas où les manquements à l'obligation contractuelle de soins vont permettre d'engager sa responsabilité civile personnelle. Le plus souvent, c'est l'employeur qui sera tenu de réparer le préjudice subi par le patient. En droit civil, comme en droit administratif, la **responsabilité du commettant** se trouve engagée par le manquement dont s'est rendu coupable le préposé dans l'exercice de ses fonctions [13]. Même si les deux branches du droit en cause offrent de subtiles différences, le principe qui s'en dégage est le même. De ce fait, la protection dont bénéficient les médecins salariés ou agents publics n'est pas négligeable.

12. – Si les raisonnements juridiques du droit civil et du droit administratif sont assez semblables, les notions qui les animent sont quelque peu différentes. Ainsi, en droit administratif, la responsabilité personnelle du médecin ne peut être engagée qu'à l'occasion d'une « **faute détachable du service** ». Dès lors, c'est seulement en présence d'une faute suffisamment grave du médecin que la responsabilité de l'hôpital pourra être écartée. En revanche, dans un établissement de soins privé, un médecin préposé (salarié) qui agit « sans excéder les **limites de la mission** qui lui a été impartie par son commettant », n'engage pas sa responsabilité civile à l'égard des tiers, mais celle de son employeur [14].

13. – En revanche, en présence d'un médecin libéral, répondant au statut de travailleur indépendant, les textes susvisés ne sont pas applicables. Chaque praticien est tenu de répondre seul de ses actes, par lesquels il engage sa responsabilité personnelle (d'où l'obligation de disposer d'une assurance responsabilité civile...). De même, lorsqu'il s'agit d'envisager la responsabilité pénale des médecins, leur statut juridique importe peu, ils répondent tous, à titre personnel, des infractions pénales commises

par eux, devant les juridictions répressives. Mais il s'agit là d'un autre sujet.

## II. RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET OBLIGATIONS COMPLÉMENTAIRES DU MÉDECIN

14. – S'interroger sur la responsabilité médicale appelle nécessairement l'examen des obligations supplémentaires à celle pesant sur le médecin à titre principal et se rapportant aux soins. En effet, au-delà de l'acte médical lui-même, les tribunaux n'ont eu de cesse de révéler ou de souligner divers domaines dans le cadre desquels la sécurité du patient doit être garantie.

Deux séries d'obligations mises à la charge des médecins ont été dégagées et méritent ici d'être soulignées. Il s'agit de l'obligation d'information (A) et de l'obligation de sécurité (B).

### A. Responsabilité médicale et obligation d'information

15. – L'étendue de la responsabilité complémentaire née de l'obligation d'information, telle que définie par les tribunaux (1°), est atténuée par la faiblesse des conséquences qui lui sont attachées (2°).

#### 1°) L'étendue de l'obligation d'information

16. – Aux termes d'une jurisprudence relativement fournie, et conformément aux règles régissant la profession [15], le médecin est tenu d'informer son patient sur les risques encourus du fait du traitement et sur ses conséquences et, ce, indépendamment de la qualité des soins qu'il lui dispense. Cette obligation, destinée à appeler l'attention du malade et du praticien sur les risques liés aux soins, impose au professionnel de santé d'être particulièrement vigilant dans sa démarche vis-à-vis du malade. Ainsi, lorsque le traitement du malade nécessite l'intervention de plusieurs médecins, chacun d'eux doit veiller à l'information du patient, hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé [16]. De même, les professionnels de santé doivent s'informer mutuellement [17].

17. – Pendant longtemps les tribunaux ont estimé qu'aucune faute ne pouvait être reprochée à un médecin dès lors que celui-ci n'avait pas informé son patient d'un risque exceptionnel [18]. En revanche, en matière de chirurgie esthétique, ils avaient étendu le champ de l'information due au patient à tous les risques encourus, même ceux présentant un caractère exceptionnel [19]. Désormais, une obligation générale d'information pèse sur le médecin quelle que soit la nature des soins apportés au malade. En effet, le médecin qui exerce son activité à titre libéral est tenu d'informer son pa-

tient de tous les risques encourus par lui à l'occasion de sa thérapie, même lorsque ces risques présentent un caractère exceptionnel [20].

18. – Les hôpitaux publics et les praticiens hospitaliers sont également concernés par cette obligation générale d'information dans la mesure où le Conseil d'Etat a récemment aligné sa position sur celle de la Cour de cassation. Ainsi, lorsque l'acte médical envisagé, même accompli dans les règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans les conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé [21]. Précédemment à ces décisions, les médecins (publics) n'étaient exonérés de leur obligation d'information que lorsque les risques inhérents à leur intervention étaient exceptionnels [22].

#### 2°) Les conséquences d'un défaut d'information

19. – Le risque encouru par les médecins du fait de l'existence de ces obligations complémentaires est bien réel. La nature de l'obligation d'information étant différente de celle relative aux soins proprement dits, il sera permis aux patients d'engager la responsabilité du médecin pour défaut d'information... alors même qu'aucune faute ou maladresse ne saurait lui être reprochée dans ses actes médicaux. Cependant, la mise en jeu d'une telle responsabilité du médecin, ou de son commettant (pour défaut d'information), n'est pas sans difficulté d'ordre juridique.

20. – Une première difficulté résulte dans la charge de la preuve de l'information dont a fait l'objet le malade, laquelle pèse sur les épaules du professionnel de santé. En effet, s'agissant d'une obligation de résultat, il revient au médecin, en cas de survenance d'un des risques couverts par l'obligation, d'apporter la preuve qu'il en avait clairement et préalablement informé son patient [23]. De même, le Conseil d'Etat ayant fait siennes les solutions dégagées par la Cour de cassation, c'est désormais sur l'hôpital que pèse la charge de la preuve en la matière. En cas de survenance d'un risque, il appartient à l'hôpital ou au praticien hospitalier de prouver que le devoir d'information n'a pas été méconnu [24]. Par conséquent, et compte tenu du caractère favorable aux patients d'une telle solution, il revient aux professionnels de santé d'établir une procédure d'information orale et/ou écrite du patient afin de pouvoir apporter la preuve de sa réalisation si un dommage survenait postérieurement.

21. – Une seconde difficulté tient à l'évaluation du préjudice résultant des obligations complémentaires du médecin, laquelle tend à atténuer l'efficacité du dispositif de responsabilité. En effet, le préjudice résultant du défaut d'information du patient est rarement équivalent à l'intégralité des dommages liés à la réalisation du risque. Dans son arrêt *Jugent du*

7 février 1990 [25], la Cour de cassation estime que le praticien « *qui manque à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles du choix de celui-ci d'accepter l'opération qu'il propose, prive seulement l'intéressé d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de ladite opération* ».

22. – Par conséquent, le praticien n'est tenu de réparer que les conséquences pouvant résulter de la **perte d'une chance** pour le patient, laquelle ne peut représenter qu'une fraction des divers dommages physiques subis [26]. Sur ce point, il appartient aux juges du fond d'évaluer, dans le montant total du dommage subi par le patient, la part du préjudice lié au défaut d'information du patient. Pour ce faire, les tribunaux sont invités à calculer le montant de l'indemnité due en fonction de la probabilité que le patient aurait eue de refuser l'intervention s'il avait été informé du risque [27]. Dès lors, l'indemnité de réparation de la perte par un patient d'une chance d'obtenir une amélioration de son état ou d'échapper à une infirmité ne saurait présenter un caractère forfaitaire [28]. Elle doit, pour ce faire, correspondre à une fraction des différents chefs supportés par la victime [29]. De même, les tiers payeurs disposent, à l'exclusion de la part réparant le préjudice personnel, d'un recours à la seule mesure des prestations qu'ils ont versées à la victime et qui sont en relations directes avec le fait dommageable [30].

## **B. Responsabilité médicale et obligation de sécurité**

23. – Afin d'ouvrir les cas d'indemnisation des victimes d'« accidents » médicaux, dans un souci évident de protection des malades, les tribunaux ont donné naissance à une véritable **obligation de résultat** concernant la **sécurité** à l'égard de certains matériels ou de risques infectieux (1°). Cependant, là encore, le régime de cette obligation ne garantit pas aux patients une protection absolue (2°).

### **1°) La définition de l'obligation de sécurité**

24. – Une obligation de sécurité a été dessinée par les juridictions à propos des appareils utilisés à l'occasion des actes médicaux ou des matériaux fournis aux patients, comme par exemple en matière de **prothèses dentaires**. En effet, assez tôt, il a été jugé que si le chirurgien-dentiste n'est tenu que d'une obligation de moyens quant aux soins qu'il prodigue à son patient, il est lié, en tant que fournisseur d'une prothèse dentaire, par une obligation de résultat quant à la délivrance d'un appareil « sans défaut » [31]. En revanche, le défaut de pose de l'appareil dentaire relève de l'acte médical et fait, par conséquent, l'objet d'une obligation de moyens [32].

25. – De même, s'agissant de la **fourniture de sang**, la Cour de cassation a décidé que les centres de transfusion sanguine étaient tenus de fournir aux receveurs des produits exempts de vices et que, par conséquent, ils ne pouvaient s'exonérer de cette obligation de sécurité que par la preuve d'une cause étrangère qui ne puisse leur être imputable [33]. Cette solution peut être rapprochée de celle retenue en matière **d'infections nosocomiales**. En effet, les établissements de santé privés et les médecins sont désormais tenus d'une obligation de sécurité de résultat dont ils ne peuvent se libérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère [34].

26. – La même obligation de sécurité s'est révélée être une source de responsabilité en cas d'utilisation de **matériel lourd** lors d'examens médicaux ou d'actes chirurgicaux. Selon la Cour de cassation, le médecin est tenu d'une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins [35]. Par conséquent, la responsabilité du médecin, ou de son commettant, se trouvera engagée dès lors qu'un dommage surviendra du fait d'un défaut de sécurité du matériel utilisé par le médecin. L'absence de faute, ou même de négligence, de la part de ce dernier ne changera rien à la solution. De même, les **établissements de soins** sont tenus, en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins les liant à leur patient, de prendre toutes les mesures nécessaires pour veiller à leur sécurité, les exigences afférentes à cette obligation étant appréciées en fonction de l'état du patient [36].

### **2°) Les conséquences d'un défaut de sécurité**

27. – Naturellement la reconnaissance de cette obligation complémentaire de sécurité mise à la charge du médecin constitue une voie supplémentaire que peut emprunter la victime en mal de réparation, dès lors qu'aucune faute ou maladresse ne pourrait être reprochée (ou prouvée) à l'encontre du praticien. Il suffit, pour ce faire, que le patient démontre que le dommage dont il a été victime a été le fait d'un défaut de sécurité présenté par un appareil ou du matériel utilisé au moment des actes médicaux. Cependant, deux objections majeures s'opposent à une réparation systématique et automatique des accidents liés à un défaut de sécurité présenté par l'appareillage, le matériel ou le sang intervenu à l'occasion des investigations ou des soins.

28. – *La première* se rapporte à la portée de l'obligation de sécurité laquelle est limitée aux produits, matériels ou environnement rencontrés « *pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins* » [37]. En effet, s'agissant d'une obligation accessoire ou complémentaire au contrat de soins conclu avec le malade, l'obligation de sécurité ne

saurait être étendue à un accident trouvant sa cause dans un élément extérieur au contrat médical. Ainsi, lorsqu'un patient trébuche sur un tapis se trouvant dans la chambre mise à sa disposition par la clinique, il ne saurait invoquer le bénéfice d'une obligation de sécurité de résultat dès lors que « *l'usage du tapis ne se rattachait pas par un lien nécessaire à l'exécution du contrat* » [38].

29. – La seconde objection tient aux règles applicables en matière de preuve. En effet, si la présence d'une **obligation** (de sécurité) **de résultat** exonère le patient, victime d'une infection ou d'un défaut d'appareillage, d'apporter la preuve d'une faute ou d'une maladresse accomplie par le médecin, elle ne saurait le dégager complètement du fardeau de la preuve. Le patient doit apporter la preuve du lien qui existe entre la survenance du dommage et le défaut de sécurité constaté. Dès lors, si la survenance d'un dommage résultant de l'utilisation d'un matériel inadapté ou dangereux suffit pour engager la responsabilité du médecin, encore faut-il que le patient démontre que c'est l'utilisation de ce matériel qui est à l'origine de son dommage [39].

30. – En revanche, il est des situations où il sera plus difficile pour le médecin d'échapper à la mise en jeu de sa responsabilité, comme par exemple en matière de **transfusion sanguine**. En optant pour une obligation de résultat, les tribunaux ont rendu très difficile la possibilité pour le fournisseur de l'échantillon sanguin d'échapper à la mise en jeu de sa responsabilité. Ainsi, le vice interne du sang, même indécélable, ne constitue pas pour l'organisme fournisseur une cause qui lui est étrangère et qui permet de l'exonérer de sa responsabilité [40]. De même, en matière **d'infections nosocomiales**, les établissements de santé privés et les médecins ne peuvent se libérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère [41].

31. – Dès lors, il est aisé de comprendre pourquoi le législateur a préféré mettre en place un mécanisme d'indemnisation des victimes du virus V.I.H. à la suite de l'affaire dite « du sang contaminé ». Compte tenu du nombre des victimes et de l'importance du préjudice subi par elles et leur famille, il était certainement plus « adapté » de créer un fond d'indemnisation des victimes du virus du Sida... Indépendamment de la question de la détermination des fautes ou de maladresses commises dans une telle affaire, la question de l'aléa thérapeutique se trouve alors au cœur du débat.

### III. RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET ALÉA THÉRAPEUTIQUE

32. – Si l'existence d'une obligation de moyens mise à la charge du médecin permet d'engager sa responsabilité, ou celle de son commettant, en cas

de faute ou de maladresse de sa part, une telle conception du contrat médical n'autorise pas une indemnisation des victimes en cas de survenance d'un aléa thérapeutique. Que faire, par exemple, lorsque la cause d'un dommage sans rapport avec l'échec des soins demeure inconnue ? Pour répondre à ce type de situations, il convient de mesurer toute l'étendue de la problématique (A) afin d'en envisager les solutions (B).

#### A. La problématique

33. – La problématique soulevée par la délicate question de l'aléa thérapeutique présente au moins deux visages : l'un est juridique (1°) ; l'autre est économique (2°).

##### 1°) La problématique juridique

34. – Dans la plupart des interventions médicales, et spécialement en matière de chirurgie, il existe nécessairement une part d'aléa [42]. Il s'agit ici de l'événement dommageable survenu au patient sans qu'une maladresse, ou plus généralement une faute quelconque, puisse être imputée au praticien. De même, cet aléa est également présent dans les actes médicaux non curatifs, mais nécessaires au diagnostic [43] ... faisant de la relation thérapeutique, une « *relation d'incertitude* » par nature [44]. Or, en l'absence d'une faute du praticien, ou du personnel placé sous ses ordres, aucune responsabilité civile ou administrative, selon les cas, ne saurait être engagée. Dès lors, le véritable **aléa thérapeutique** ne permet pas, en principe, à la victime d'engager la responsabilité du médecin. En ce sens, un arrêt rendu le 8 novembre 2000 par la première chambre civile de la Cour de cassation, en formation plénière, rappelle cette règle en rejetant toute idée d'une obligation contractuelle et générale de sécurité qui pourrait peser sur les médecins (Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 8 nov. 2000, req. n° 99-11.735).

35. – La prise en compte de l'aléa thérapeutique dans le droit de la responsabilité appelle nécessairement une redéfinition des fondements mêmes de cette branche du droit. D'ailleurs, une telle démarche s'inscrit très largement dans l'histoire contemporaine du droit de la responsabilité qui, au sens technique du terme, tend à faire une large place aux mécanismes de responsabilité sans faute. La construction du risque apparaît alors comme un des fondements nouveaux de la responsabilité, traduisant l'une des étapes les plus significatives du progrès social [45].

##### 2°) La problématique économique

36. – Par-delà la question de la mise en jeu de la responsabilité juridique du corps médical, la question apparaît surtout comme essentielle quant à l'in-

demnisation de la victime de l'aléa thérapeutique. En effet, la responsabilité civile ou administrative du médecin, ou de son commettant, n'ayant pas d'autre fonction que de permettre la réparation du préjudice subi par la victime, la question de l'aléa thérapeutique se trouve amplifiée dans ses aspects négatifs lorsqu'elle est envisagée sous l'angle économique.

37. – Face à l'exceptionnelle dureté des dommages médicaux pour la victime et les membres de sa famille, il paraît essentiel, en effet, de leur garantir une indemnisation financière. Pour ce faire, la Cour de cassation a admis des situations exceptionnelles où la faute pouvait être présumée. Ainsi, il a été jugé qu'« *une clinique est présumée responsable d'une infection contractée par un patient lors d'une intervention pratiquée dans une salle d'opération, à moins de prouver l'absence de faute de sa part* » [46]. De même, dans un cas d'asepsie, la Cour a déduit l'existence d'une faute des seules circonstances dans lesquelles est intervenue une infection consécutive à une injection [47]. Le Conseil d'Etat a manifesté un recours similaire à la notion de faute présumée en matière d'affections nosocomiales, obligeant l'hôpital à apporter la preuve de l'origine extérieure à ses services de l'infection [48]. Cependant, de telles situations ne peuvent être qu'exceptionnelles... sinon le risque est grand de voir les assureurs augmenter sérieusement le montant de leurs primes, voire de refuser d'assurer certains établissements ou médecins.

## B. Les solutions

38. – Si certaines solutions actuelles (1°) permettent d'apporter un début de réponse aux problèmes posés par l'aléa thérapeutique, d'autres solutions doivent être envisagées dans le futur (2°).

### 1°) Les solutions actuelles

39. – Le souci d'indemnisation des victimes d'un aléa thérapeutique, manifesté par les tribunaux, a conduit ces derniers à s'écarter peu à peu des principes régissant le droit de la responsabilité. Ainsi, dans le très célèbre arrêt *Bianchi*, le Conseil d'Etat a retenu la responsabilité sans faute de l'hôpital « *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 présentant un caractère d'extrême gravité* » [49]. S'agissant d'un patient entré à l'hôpital pour subir une artériographie vertébrale sous anesthésie (examen nécessaire au diagnostic de son état), et se trouvant

tétraplégique après l'examen, il est aisé de comprendre le raisonnement suivi par les conseillers d'Etat.

40. – Si le principe d'indemnisation des victimes qu'elle implique mérite d'être largement approuvé, une telle décision appelle néanmoins deux séries d'observations. La *première* a trait au champ d'application de la règle posée par le Conseil d'Etat, laquelle ne saurait trouver application dans le cadre d'une hospitalisation privée (V. en ce sens, Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 8 nov. 2000, précité). Elle introduit donc une inégalité entre les patients selon le mode d'hospitalisation, privé ou public, adopté. La *seconde* a trait au caractère limité de la règle dans la mesure où la responsabilité sans faute de l'hôpital suppose la réunion de plusieurs conditions. En effet, la règle énoncée dans l'arrêt *Bianchi* suppose, outre un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade, la présence d'un risque dont l'existence est connue, mais dont la réalisation est exceptionnelle, et la survenance d'un dommage indépendant de l'affection présenté par le patient [50]. S'agissant des dommages, les conditions énoncées par le Conseil d'Etat sont nettes. Il est nécessaire 1°) que l'exécution de l'acte médical soit la cause directe du dommage ; 2°) que le dommage soit sans rapport avec l'état initial du patient, comme avec l'évolution prévisible de son état, et 3°) qu'il présente un caractère d'une extrême gravité. Compte tenu de ces exigences, il y a fort à craindre que toutes les victimes d'aléas thérapeutiques ne puissent pas obtenir réparation sur le fondement de cette jurisprudence.

41. – Cette théorie de l'aléa thérapeutique aux conséquences disproportionnées a également été invoquée devant les juridictions judiciaires, à propos de complications survenues à la suite d'un acte chirurgical dépourvu de défaut, et dont il a été impossible de déterminer la (ou les) cause(s). Certes, la nature du contrat qui se forme entre un chirurgien et son client ne met en principe à la charge du praticien qu'une obligation de moyens (V. *supra* n° 7). Toutefois, selon certaines cours d'appel, cette obligation, applicable en cas d'échec de l'acte de soins, compte tenu notamment de l'état du malade et de l'aléa inhérent à toute thérapie, n'est pas exclusive d'une obligation accessoire, qui en serait la suite nécessaire, destinée à assurer la sécurité du patient. La reconnaissance de cette obligation contractuelle et générale de sécurité, liée aux actes de soins, obligerait le chirurgien à réparer le dommage causé par un acte chirurgical nécessaire au traitement, même en l'absence de faute, lorsque le dommage survenu serait sans rapport avec l'état antérieur du patient, ni avec l'évolution possible de cet état [51]. Cependant, dans son arrêt du 8 novembre 2000, la Cour de cassation a rejeté toute idée de responsabilité médicale à l'occasion de « *la survenance, en dehors de*

*toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé».*

## 2°) Les solutions futures

42. – La question du traitement juridique et économique de l'aléa thérapeutique se trouve depuis longtemps au cœur des préoccupations gouvernementales [52]. Ainsi, le projet de loi sur la modernisation sociale prévoit l'insertion d'un nouveau titre dans le livre premier du Code de la santé publique portant sur la prévention des risques liés à certaines activités diagnostiques et thérapeutiques [53]. De même, un autre projet de loi prévoit la création d'un fond d'indemnisation des victimes d'aléa thérapeutique [54]. S'inspirant des principes retenus par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 relative à l'indemnisation du préjudice résultant de la contamination par le virus VIH causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de produits dérivés du sang (art. 47), ou encore de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, ce projet de loi signifierait un « effacement de la faute » [55] au profit d'une indemnisation quasi systématique des victimes. Ainsi, la seule réunion des conditions d'un accident mettant en cause la survenance d'un aléa thérapeutique serait de nature à permettre une indemnisation de la victime et, ce, indépendamment de l'absence de faute de la part des membres du corps médical [56].

Cependant, même l'adoption d'une telle législation nouvelle ne devrait pas permettre d'étendre trop avant le champ d'application de la responsabilité médicale dans la mesure où l'application de cette responsabilité supposerait que l'acte médical à risques ait provoqué directement un préjudice exceptionnellement grave et sans rapport possible avec l'affection soignée. De même, l'application de ce nouveau régime dérogatoire de responsabilité, applicable en présence d'un aléa thérapeutique, devrait être exclu lorsque le dommage subi par le patient trouverait son explication dans une faute ou une négligence du médecin. Dès lors, il n'y aurait pas lieu de craindre une dérive du droit de la responsabilité en cette matière.

## CONCLUSION

43. – En se fondant sur les trois piliers précédemment présentés, la responsabilité médicale applicable en matière civile et administrative devrait avoir trouvé un certain équilibre. Le premier pilier repose sur une sage définition de l'obligation principale de soins du médecin. Définie de façon réaliste, par référence aux données acquises de la science, cette obligation permet de sanctionner les médecins cou-

pables de manquements, autorisant les victimes à obtenir une juste réparation. Le deuxième pilier définit avec force certaines obligations complémentaires du médecin qui doit veiller à informer le patient et « sécuriser » la relation entretenue avec lui. Si ces obligations complémentaires ne permettent pas toujours d'obtenir la réparation de l'intégralité du dommage, elles constituent un avertissement sévère en direction du corps médical sur la nécessité d'asseoir la relation avec le patient sur des bases solides. Enfin, la beauté du dernier pilier réside dans la noblesse de l'objectif qu'il poursuit : permettre l'indemnisation des victimes d'un aléa thérapeutique lorsque les conséquences de celui-ci sont (trop) intolérables. Certes, la reconnaissance d'une responsabilité sans faute est condamnable sur le plan des principes. Mais le souci de justice n'appelle-t-il pas une telle solution ? Sur ce point, la constitution d'un fonds d'indemnisation de ces victimes particulières de la médecine semble œuvrer dans la bonne direction. La question qui se pose alors est de savoir si un tel système aura trouver son point d'équilibre ou, plus exactement, si la responsabilité des médecins peut être circonscrite autour des trois piliers de responsabilité. Si l'auteur de ces lignes le pense, seul l'avenir le dira.

## RÉFÉRENCES

1. F. Chabas, *L'obligation médicale d'information en danger* : JCP G 2000, p. 459. - H. Grouth, *Coups de tabac sur la responsabilité* : Resp. civ. et assurances, 1997, n° 4, p. 3. - V. Haïm, *De l'information du patient à l'indemnisation de la victime par ricochet* : D., 1997, Chron. 125. - P. Jourdain, *Une nouvelle avancée de l'obligation de sécurité de résultat du médecin* : D., 2000, Chron., p. 117. - J. Krulic, *Le droit à l'information du patient* : Petites Affiches 1998, n° 23, p. 12. - Ch. Lapoyade Deschamps, *Les médecins à l'épreuve (à propos de l'arrêt de la 1<sup>re</sup> chambre civile du 25 février 1997)* : Resp. civ. et assurances, 1997, chron. 8. - P. Sargos, *Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale* : D., 1996, chron. 43 ; *L'aléa thérapeutique devant le juge judiciaire* : JCP G 2000, I, 202, p. 190 ; *Approche judiciaire du principe de précaution en matière de relation médecin/patient* : JCP G 2000, I, 226, p. 843. - R. Saury, *La responsabilité médicale de droit public* : Gestions hospitalières, revue des CNU, 1997, n° 366, p. 375 ; *La responsabilité médicale de droit commun* Bull. de l'ordre des médecins de l'Hérault 1997, n° 66, p. 33.
2. V. en ce sens, Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 18 juill. 2000 : Juris-Data n° 003005 ; JCP G 2000, actualités p. 1692 ; à propos de l'action intentée contre une clinique privée par le mari et la fille d'une patiente qui s'est livrée à une tentative de suicide à l'occasion d'un défaut de surveillance de la part du personnel médical.
3. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 20 mai 1936, arrêt Mercier : DP 1936, p. 88 à 96, note E.P., rapp. Jossierand et concl. Matter.
4. C. déontologie médicale, art. 32.
5. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 12 nov. 1985 : Bull. civ. I, n° 299.
6. Rapp. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 4 janv. 1974 : Bull. civ. I, n° 4.
7. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 7 janv. 1997 : Bull. civ. I, n° 6. - 13 oct. 1999 : JCP G 2000, II, 10270, note A. Dorsner-Dolivet.



8. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 9 oct. 1984 : Bull. civ. I, n° 251 ; JCP G 1984, IV, p. 347. - *Rappr. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 30 janv. 1997 : Bull. civ. I, n° 259.*
9. CE, ass., 10 avril 1992, *Epoux V...* : Rec. CE, p. 171, concl. H. Legal ; Dr. adm. 1992, n° 265 ; AJDA 1992, p. 355, concl. H. Legal ; RFD adm. 1992, p. 571, concl. H. Legal ; JCP G 1992, II, 21881, note J. Moreau.
10. V. en ce sens, CAA Bordeaux, 8 juill. 1992, Guilloux : Rec. CE, tables, p. 1291.
11. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 15 déc. 1999 : Juris-Data n° 004439 ; JCP G 2000, II, 10384, note G. Mémeteau.
12. *Ibid.*
13. C. civ., art. 1384, al. 5. - *Sur la responsabilité d'une clinique privée du fait de son personnel*, Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 26 mai 1999 : JCP G 1999, II, 10112, note P. Sargos ; D., 1999, p. 719, note E. Savatier ; RTD civ. 1999, p. 634, note P. Jourdain.
14. Cass. ass. plén., 25 févr. 2000, *Castedoat c. / Girard et a.* : Juris-Data n° 000650 ; JCP E 2000, p. 388. - *Rappr. Cass. com.*, 12 oct. 1993 : JCP G 1995, II, 22493, note F. Chabas.
15. C. santé publ., art. L. 710-2 ; C. déont. médicale, art. 64. - V. cependant, à propos de possibilités de réserves en cas de diagnostic ou de pronostic grave, dans l'intérêt du patient et pour des raisons légitimes, Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 17 mai 2000, req. n° 190076. - *Rappr. décret n° 79-506 du 28 juin 1979, art. 42.*
16. C. déont. médicale, art. 35 et 41. - V. aussi, Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 7 oct. 1998 : Bull. civ. I, n° 291, p. 202. - V. aussi, à propos de l'urgence, CE, 6 déc. 1978, Giral : Rec. CE, tables, p. 935.
17. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 28 oct. 1997 : Bull. civ. I, n° 298, p. 200. - CE, 9 avr. 1986, Ciesla : Rec. CE, p. 85 ; AJDA 1986, p. 465, note J. Moreau ; D., 1987, somm. P. 113, obs. F. Moderne et P. Bon.
18. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 23 mai 1973 : JCP G 1975, II, 17955, note R. Savatier. - 6 mars 1979 : D., 1980, IR 170, obs. J. Penneau. - 20 janv. 1987 : Bull. civ. I, n° 19, p. 14. - V. aussi, CE, 21 oct. 1970, *CHR de Montpellier c/ Epoux Para et Caisse de MSAH* : Rec. CE, p. 612.
19. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 17 nov. 1969 : JCP G 1970, II, 16507, note R. Savatier. - CE, 15 mars 1996, M<sup>lle</sup> Durand : Rec. CE, p. 85.
20. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 25 févr. 1997 : JCP G 1997, IV, 880. - 7 oct. 1998 : JCP G 1998, II, 10179, concl. J. Saint-Rose, rapp. P. Sargos. - V. déjà, à propos d'une obligation d'information sur les dangers liés à l'utilisation d'un appareil dentaire, Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 22 nov. 1994 : Bull. civ. I, n° 3.
21. CE, 5 janv. 2000, 2 arrêts : JCP G 2000, p. 130 ; RFD adm. 2000, p. 654, note P. Bon.
22. CE, 21 oct. 1970 : précité.
23. V. en ce sens, Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 25 févr. 1997 : précité. - 7 oct. 1998 : précité.
24. CE, 5 janv. 2000, 2 arrêts : précités.
25. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 7 févr. 1990, Jugent : Bull. civ. I, n° 39.
26. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 8 juill. 1997, 2 arrêts : Bull. civ. I, n° 238 et n° 239 ; JCP G 1997, II, 22921, note P. Sargos.
27. CE, 5 janv. 2000 : précité.
28. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 18 juill. 2000, Sioly et a. : Juris-Data n° 002994.
29. *Ibid.*
30. *Ibid.*
31. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 29 oct. 1985 : Bull. civ. I, n° 237. - *Rappr. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 15 nov. 1988 : Bull. Civ. I, n° 319. - 12 juin 1990 : Bull. civ. I, n° 162.*
32. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 25 janv. 1997 : Bull. civ. I, n° 72 ; Juris-Data n° 000782 ; JCP G 1997, IV, 880.
33. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 12 avril 1995 : Bull. civ. I, n° 179 ; JCP G 1995, II, 22467, note P. Jourdain.
34. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 29 juin 1999, 3 arrêts : JCP G 1999, II, 10138, rapp. P. Sargos. - *Rappr. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 21 mai 1996 : Bull. civ. I, n° 219.*
35. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 9 nov. 1999, M<sup>me</sup> Morisot c/ D. et autres : JCP 2000, II, 10251, note Ph. Brun ; D., 2000, jurispr. p. 117, note P. Jourdain.
36. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 18 juill. 2000 : Juris-Data n° 003005 ; JCP G 2000, actualités, p. 1692. - *rapp. en matière d'hospitalisation publique*, CE, 6 mai 1985, Degeorges : RD publ. 1986, p. 899. - 27 sept. 1989, M<sup>me</sup> Le Quer, req. n° 85204.
37. V. en ce sens, Cass. civ. 1<sup>re</sup> 9 nov. 1999 : précité.
38. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 28 avril 1981 : Bull. civ. I, n° 137.
39. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 9 nov. 1999, M<sup>me</sup> Morisot c/ D. et autres : précité. - C. civ., art. 1386-9 qui impose à la victime la preuve d'un défaut du produit et d'un lien de causalité entre le dommage et le défaut.
40. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 9 juill. 1996 : Bull. civ. I, n° 303.
41. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 29 juin 1999, 3 arrêts : précités.
42. Cf. P. Sargos, *Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale* : D., 1996, Chron. p. 43.
43. *Ibid.*
44. Cf. M. Ewald, *Le problème français des accidents thérapeutiques, enjeux et solutions*, *Rapp. CNRS*, 1992.
45. Cf. G. J. Martin, *Précaution et évolution du droit* : D., 1995, Chron. p. 299.
46. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 21 mai 1996 : précité.
47. Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 29 nov. 1989 : Bull. civ. I, n° 366.
48. CE, 9 déc. 1988, Cohen : Rec. CE, p. 431. - 14 juin 1991, *Maa-lem* : Rec. CE, p. 1185 ; D., 1993, somm. P. 146, obs. P. Bon et P. Terneyre.
49. CE, 9 avril 1993, *Bianchi* : Rec. CE, p. 127, concl. M. Daël ; D., 1994, somm. P. 65, obs. P. Terneyre et P. Bon. - V. aussi, R. Saury, *L'aléa thérapeutique et son indemnisation, Rapport présenté au Conseil de l'Ordre national des Médecins*, déc. 1998.
50. *Rappr. CE*, 3 nov. 1997, *Hôpital Joseph Imbert d'Arles* : JCP G 1997, II, 10016, note J. Moreau.
51. CA Paris, 15 janv. 1999 : JCP G 1999, II, 10068, note L. Boy.
52. Cf. par exemple, *Rapport Mac Aleese*, min. de la Justice, juill. 1980 ; *Rapport CNRS*, 1991 sur la « responsabilité médicale et l'indemnisation du risque thérapeutique » ; *Rapport Ewald*, min. de la Santé, sept. 1992, préc. ; *Rapport Salat Baroux*, 1993 sur « les accidents médicaux : réparer sans déresponsabiliser ».
53. *Projet de loi n° 2415 du 24 mai 2000.*
54. Ch. Delahaye, *Aléa thérapeutique, Enfin une loi ? : Le Quotidien du Médecin*, 4 févr. 2000. - P. Benkimoun et P. Santi, *Le casse-tête de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux : Le Monde*, 17 févr. 2000. - A. Bergogne, *Responsabilité médicale : enfin une réforme ? : Concours Médical*, 18 févr. 2000. - R. Saury, *L'aléa médical et son indemnisation : Rapp. Ordre National des Médecins*, déc. 1998.
55. *Rappr. M<sup>me</sup> Lambert-Faivre*, *Le droit du dommage corporel*, Dalloz 1993, n° 596, a.
56. V. déjà en ce sens, loi du 20 décembre 1988 sur les recherches biomédicales concernant l'expérimentation sur l'Homme, où le promoteur d'une recherche biomédicale sur un être humain assume l'indemnisation des conséquences dommageables de cette recherche.