

Analyse

La responsabilité pour faute en matière hospitalière à l'épreuve de l'acharnement thérapeutique : le jugement du 2 juin 2009 du tribunal administratif de Nîmes

L'évolution des relations entre la médecine et le droit suscite, chez les médecins, incertitudes et inquiétudes, tant éthiques que juridiques, notamment dans la médicalisation de la fin de vie. Les médecins sont en effet pris en tenaille entre deux exigences : celle de préserver la vie et pour ce faire d'employer tous les moyens à leur disposition et celle d'éviter de tomber dans l'acharnement thérapeutique, contraire à la déontologie médicale. (1^{re} partie)

Rappel de l'évolution de la responsabilité pour faute en matière hospitalière

Entre les années 1935 et 1992, la jurisprudence a reposé sur une distinction entre trois catégories de fautes : la faute simple provenant d'une mauvaise organisation ou d'un fonctionnement défectueux du service, la faute simple ou légère résultant d'un acte de soins courant, et la faute lourde ou grave lorsqu'elle se rattache à des activités médicales ou chirurgicales.

Toutefois, le Conseil d'État, le 10 avril 1992¹, a abandonné l'exigence de la faute lourde en ce qui concerne les activités médicales ou chirurgicales et jugé que la responsabilité de l'établissement hospitalier était désormais conditionnée par la preuve « d'une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital ».

La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service

Conçue de manière extensive, la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service permet l'engagement de la responsabilité des établissements hospitaliers. En effet, le juge administratif considère qu'une faute simple suffit à permettre l'indemnisation des victimes, si elle est établie ou présumée.

Il peut s'agir notamment d'une durée anor-

male dans l'examen des personnes admises dans un service d'urgence², d'un manque de personnel et d'un défaut de coordination³, d'une perte de document ou d'une erreur matérielle de transcription⁴, d'un défaut de surveillance⁵, etc.

Après de nombreuses hésitations jurisprudentielles, le défaut d'information ou de consentement préalable relève actuellement d'un fonctionnement défectueux du service⁶.

La faute résultant d'un acte de soins courant

Initialement, la faute résultant d'un acte de soins courant ne pouvait être commise que par un personnel non médical.

Il s'agissait, par exemple, de brûlures occasionnées par des compresses trop chaudes appliquées par une fille de salle inexpé-

mentée⁷, d'un étranglement dû à des sangles mal fixées⁸, ou d'emploi par des infirmiers de médicaments inadaptés⁹, etc.

Pourtant, depuis l'arrêt Rouzet de 1959¹⁰, l'acte de soins est plus caractérisé par son contenu que par son auteur. À la différence de l'acte médical, l'acte de soins n'exige aucune connaissance spéciale, même si l'on ne relève pas d'exemple de fautes de soins imputées à des médecins ou à des chirurgiens dans la jurisprudence des trente dernières années. Il est d'ailleurs fort probable que la faute dans l'exécution des actes de soins disparaisse bientôt, absorbée par la faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

La faute médicale

En 1935, le Conseil d'État a précisé que la responsabilité des hôpitaux publics ne pouvait

1. CE, ass., 10 avril 1992, Époux V. : *Rec. CE*, p. 171, concl. H. Legal ; *Dr. adm.* 1992, n° 265 ; *AJDA* 1992, p. 355, concl. H. Legal ; *JCP G* 1992, II, 21881, note J. Moreau ; *Petites Affiches* 1992, n° 80, p. 23, note Haim.
2. CE, 12 décembre 1941, Hôpital civil d'Antibes : *Rec. CE*, p. 218.
3. CE, 19 février 1986, Époux Anger et a. : *Rec. CE*, tables, p. 706
4. CE, 8 janvier 1959, Chirpatris, *AJDA* 1959, p. 96

5. Insuffisance de surveillance d'enfants hospitalisés : CE, 17 novembre 1961, Époux Edme : *Rec. CE*, p. 644 ; Rapt d'un nouveau-né : CE, 9 juillet 1969, Époux Pech : *Rec. CE*, p. 373. Il convient de noter que les exemples précités concernent les accidents subis par les usagers eux-mêmes ; néanmoins, ces principes valent aussi à l'égard des tiers. Par exemple, la responsabilité de l'hôpital pourra être engagée sur recours de la victime d'une

agression ou d'un quelconque accident causé par un malade évadé : CE, 27 nov. 1968, Cie d'assurance « Le Nord » : *Dr. admin.* 1969, n° 38.
6. CE, 17 fév. 1988, Époux Camara : *Rec. CE*, p. 72.
7. CE, 21 juillet 1939, Lemaire : *Rec. CE*, p. 510
8. CE, 5 novembre 1931, Vera : *Rec. CE*, p. 953.
9. CE, 20 mai 1949, Daret : *Rec. CE*, p. 122.
10. CE, sect., 26 juin 1959, Rouzet : *Rec. CE*, p. 405.

Sonia KANOUN
Docteur en droit
médical
Élève avocat *

être engagée que si la faute médicale présentait un certain caractère de gravité ¹¹. Cette faute peut être retenue en matière de diagnostic et d'examen divers, même si toute erreur en ce domaine ne constitue pas une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement de soins ; en effet, lorsque le diagnostic a été correctement établi et s'est révélé exact ¹², ou lorsque le diagnostic, bien qu'erroné, a été effectué après des examens sérieux, complets et nécessaires ¹³, la faute médicale ne sera pas retenue. En revanche, le choix thérapeutique pourra constituer une faute médicale, même si le juge administratif est frileux à admettre qu'il puisse constituer une faute lourde, aussi inefficace et inopportun soit-il. En outre, la responsabilité de l'établissement hospitalier pourra être engagée en cas de faute chirurgicale caractérisée ¹⁴. Il en ira

de même en présence d'erreurs médicales postopératoires, notamment lors d'une négligence grave dans la surveillance médicale ¹⁵. Néanmoins, à l'égard des malades mentaux, le Conseil d'État a abandonné, en 1945, l'exigence de la démonstration d'une faute manifeste et de particulière gravité ¹⁶.

Ce n'est qu'en 1992 que le Conseil d'État a abandonné définitivement l'exigence d'une faute lourde en matière médicale par un arrêt de principe ¹⁷. Désormais, l'exigence de la faute lourde, en cas d'accident hospitalier dû à des fautes médicales ou chirurgicales, est expressément abandonnée, et la nouvelle jurisprudence est perçue comme une évolution positive pour les victimes. Enfin, dans une volonté de durcissement de la responsabilité hospitalière, il convient d'observer que depuis une trentaine d'années, le domaine

des présomptions de faute s'est largement étendu. On y trouve notamment le contentieux des infections nosocomiales, les accidents hospitaliers provoqués par des défaillances du matériel, ou les dommages imputables à des maladroitures du personnel. ●

11. CE, 8 nov. 1935, Veuve Loiseau, née Vion, et Philiponneau : Rec. CE, p. 1019 et 1020 ; S. 1936, 3, p. 127 ; DP 1936, 3, p. 15, nota A. Heilbronner.

12. Jurisprudence constante – par exemple : CE, 17 janvier 1964, Moreau : Rec. CE, tables, p. 1009 ; AJDA 1964, p. 576, note J.M.

13. CE, 11 juin 1967, Ép. Hulot : RD publ. 1967, p. 795.

14. CE, 12 février 1943, Cie d'assurances « La Norwich Union » : Rec., CE, p. 41

15. CE, 6 mai 1985, Degeorges : RD publ. 1986, p. 899.

16. CE, 19 janv. 1945, Dpt des Basses-Pyrénées : Rec. CE, p. 20 ; D. 1946, p. 39, concl. Lefas.

17. Voir supra, note 1.

* SCP Seban & Associés, avec le concours de Didier Seban, avocat associé.

*Cette année, à nouveau,
le CHU de Toulouse
et ses partenaires
vous donnent rendez-vous*



RENCONTRES INTERNATIONALES RENCONTRES INTERNATIONALES

de la Gouvernance des Risques en Santé

Risques et progrès

Deux journées d'échanges

- Progrès de la Médecine et Sécurité
- Progrès et Innovation : ruptures et sécurité
- Risques et progrès organisationnels
- Sécurité des soins face à la généralisation des technologies de l'information



Pour tout renseignement :
congresGDRisques@chu-toulouse.fr - 05 61 77 94 71