

La faute hospitalière et les décisions jurisprudentielles

Distinction entre l'obligation de moyen et l'obligation de résultat

Obligation de résultat : “ Obligation en vertu de laquelle le débiteur est tenu d'un résultat précis ⇒ L'existence d'une telle obligation permet au créancier de mettre en jeu la responsabilité de son débiteur par la simple constatation que le résultat promis n'a pas été atteint, **sans à avoir à prouver une faute** ”

Obligation de moyen : “ Obligation en vertu de laquelle le débiteur (le soignant) n'est pas tenu d'un résultat précis ⇒ Le créancier (la victime) d'une telle obligation ne peut mettre en jeu la responsabilité de son débiteur que s'il prouve que ce dernier a commis **une faute**, n'a pas utilisé tous les moyens promis ”.

Distinction entre la faute et l'erreur non fautive

L'erreur non fautive est “ une conduite, un comportement qu'aurait commis un médecin ou une infirmière avisé et diligent qui se serait trouvé dans la même situation ”.

La faute selon la jurisprudence est “ ...une erreur grossière intolérable chez un personnel qualifié ”.

Régime de la faute hospitalière : Uniformisation de la faute médicale et de la faute de soin

Conseil d'Etat. 10 avril 1992 ; “Epoux V.” : “ Considérant que les erreurs ainsi commises, qui ont été selon les rapports d'expertise la cause de l'accident survenu à madame V. constituent une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital... ”.

Appréciation de la faute :

Ainsi, la notion de “ *faute médicale* ” comme la faute commise par une infirmière sera appréciée par référence à l'accomplissement normal des obligations que les textes imposent aux agents hospitaliers. Rentreront en compte les circonstances dans lesquelles est intervenu le geste de soins mis en cause, ainsi les juges apprécieront la prévisibilité du dommage et éventuellement le comportement de la victime. Comme pour le juge judiciaire, le juge administratif apprécie *in concreto*, davantage que par référence à un modèle abstrait.

Conseil d'Etat 21 janvier 1972, “ RIVIERE ” “ Un malade commet une faute qui atténue la responsabilité de l'hôpital lorsqu'il se blesse en faisant des mouvements pour lesquels il aurait d'attendre ou solliciter l'aide du personnel.

C.E. 13 juillet 1963 : Il en va de même pour un patient qui enflamme ses pansements en allumant une cigarette.

I/ La faute de service :

Il s'agit de la “ *faute non détachable de la fonction, elle consiste dans tout manquement aux obligations du service* ”.

1/ Désorganisation du service hospitalier

Elle peut résulter d'une mauvaise organisation du service, ce qui est le cas lorsque l'aménagement de l'hôpital facilite l'accident.

Exemple : **C.E. 4 juin 1976** “ Il s'agit d'un malade qui a pu sans difficulté et sans attirer l'attention ouvrir un rideau métallique protégeant une fenêtre et se jeter dans le vide ”.

2/ Acte de soin

Cette faute peut résulter d'une action, d'une abstention volontaire, une d'imprudence, négligence, légèreté, maladresse, erreur, inobservation des règlements, d'un retard dans l'action, au fait de donner des renseignements erronés ou encore un refus injustifié de les donner...

Exemples : **C.E. 23 février 1962** = Paralysie résultant d'une injection intraveineuse
T.A. 31 janvier 1984 = Une inattention entraînant la chute d'un malade qui glisse sur la flaqué d'urine qui s'est formée sur le sol au cours d'une urographie.

Régime de la preuve de la faute :

Principe = Preuve de la faute + preuve du lien de causalité avec le dommage

Cour de Cassation le 9 décembre 1986 "...Attendu qu'ayant déclaré seulement probable "mais nullement certain" qu'une faute d'asepsie est à l'origine de la gangrène et que, aussi bien, il est possible "en l'absence... de toute faute à la charge des infirmières", que le seul fait d'une injection médicamenteuse, même correctement pratiquée, ait favorisé le développement des germes anaérobies saprophytes préexistant dans l'organisme de la patiente, de tels germes étant "souvent d'origine intestinale", la Cour d'Appel a légalement justifié sa décision."

Dérogations jurisprudentielles :

→ **La présomption de faute** ⇒ Il appartient au soignant de prouver qu'il n'a pas commis de faute, par conséquent on renverse le principe "actori incumbit probatio".

C.E. 20 janvier 1989 : se contente de la présomption de faute évoquant "l'anormalité du dommage" : qui révèle une insuffisance dans l'organisation et le fonctionnement du service. La théorie d'anormalité des dommages n'est, selon la jurisprudence et la majorité de la doctrine, applicable qu'aux seuls actes anodins de soins.

La présomption de faute est très souvent retenue concernant les dommages consécutifs à des **actes de soins courants**.

Ces actes courants sont, selon la jurisprudence :
- les mauvaises manipulations,
- le défaut d'information de l'autorité médicale,
- le défaut d'information du malade,
- la défaillance dans l'organisation médicale,
(cela sous entend le défaut d'organisation du personnel médical et non médical)
- les infections hospitalières,
- le défaut de surveillance.

Exemple :

C.E. du 23 février 1962 (à propos d'une injection) il s'agit "d'une intervention courante et de caractère bénin, les troubles susmentionnés ne peuvent être regardés que comme révélant une faute commise dans l'organisation ou le fonctionnement du service".

→ Assouplissement du régime du lien de causalité

Chambre Civile (Cour de Cassation) du 14 décembre 1965 : Les magistrats, au delà des facilités offertes à la victime, concernant la faute, pour être indemnisée, peuvent de la même manière être flexibles quant à la démonstration du lien de causalité, et ce, en retenant la notion de "la perte de chance".

II/ La faute personnelle ou civile

1) La faute détachable :

Résulte d'un comportement strictement privé de son auteur dont rien ne le rattache au service exemple : Le vol

2) La faute personnelle commise dans l'exercice de la fonction, mais néanmoins détachable :

Caractéristiques : “ Intentionnelle ” **ou** d'une “ gravité particulière ”

La faute doit être “ intentionnelle ” : la faute doit se caractériser par une volonté délibérée de nuire pour réaliser un objectif personnel sans que la commission ait un rapport avec le patient, même s'il peut apparaître qu'il constitue le support de ce dessein.

Exemple : remettre des informations erronées sur le patient pour tromper le médecin dans son diagnostic ou son traitement. L'objectif étant dans cette espèce de nuire au détriment du patient).

La faute doit être d'une “ gravité particulière ” : “ *un comportement anormal, différent de celui que l'on est normalement en droit d'attendre d'un agent public*”. Elle “ *...est exclusive de toute malveillance, de toute intention de nuire, mais elle est grossière, inexcusable, inadmissible et relève par sa gravité d'une méconnaissance évidente des principes juridiques et techniques les plus élémentaires de la fonction*”.

Recours contre l'hôpital :

Bien que la faute soit personnelle, la victime a la possibilité de poursuivre l'administration en réparation si cette faute a été commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de la fonction. Ce recours est aussi possible si la faute est commise en dehors du service, à condition qu'elle ne soit pas totalement dépourvue de tout lien avec le service (l'auteur ayant été dans cette hypothèse le moyen, l'instrument de la faute. Par exemple le dommage est causé hors du service mais avec un matériel de l'administration que l'auteur est autorisé à détenir) = **C.E. 18 novembre 1949**

La juridiction administrative, pour justifier cette solution, considère que dès que la faute a été commise dans le service, à l'occasion du service ou avec les moyens du service, elle n'est pas détachable du service = **T.A. de Lyon 1er février 1989**.

III/ La responsabilité sans faute

1/ Un concept jurisprudentiel

La responsabilité sans faute obéit au régime dit de la “ **responsabilité de plein droit en raison d'un préjudice causé par l'administration** ”

→ **Fondement** : C.E. 3 fev. 1956 “ **THOUZELLIER** ” : applicable aux “ méthodes dangereuses ”.

→ **Evolution de la jurisprudence qui distingue trois situations** :

1- Celle des techniques médicales nouvelles

Cour d'Appel de Lyon du 21 décembre 1990 “ Affaire GOMEZ ” :

“ *La mise en oeuvre de techniques médicales nouvelles justifie la responsabilité hospitalière sans faute* ”

2- Celle des techniques médicales éprouvées

C.E. du 9 avril 1993 “ BIANCHI ” :

La responsabilité sans faute est retenue lorsque “ *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, qu'aucune raison ne permet*

de penser que le patient y soit particulièrement exposé, et que cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient [...] et présentant un caractère d'extrême gravité”.

Exemple : l'amniocentèse

3- Celle des interventions non thérapeutiques

Un arrêt récent du Conseil d'Etat en date du 3 novembre étend la jurisprudence “ Bianchi ”, il s'agit de l'affaire Hôpital d'Arles J. Imbert = **Conseil d'Etat le 3 novembre 1997**.

Faits : La famille d'un petit garçon de 5 ans, décide de respecter le rite de la circoncision. Au cours de l'opération sous anesthésie générale, victime d'un arrêt cardiaque et décède après u comas d'un an.

La solution reprend la solution de l'arrêt BIANCHI : La responsabilité sans faute est retenue lorsque “ *un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du patient...* ”. **La différence avec l'arrêt BIANCHI réside dans l'utilisation du mot “ malade ” par celui de “ patient ”.**

Conséquence = Un acte médical, concernant un patient en bonne santé, à qui l'on cherche simplement à éviter la douleur accompagnant une circoncision pratiquée pour des motifs religieux (cas en l'espèce), c'est à dire **des motifs de convenance personnelle**, bénéficie de la même protection que l'acte thérapeutique ayant pour but de soigner un malade. (Idem chirurgie esthétique).

IV/ La faute pénale : (éléments : légal, matériel et moral)

LA FAUTE PERSONNELLE OU DE SERVICE PEUT PARFAITEMENT FAIRE L'OBJET D'UN RECOURS DEVANT LES JURIDICTIONS REPRESSIVES SI CETTE DERNIERE REpond A UNE DEFINITION LEGALE DE LA FAUTE PENALE

Arrêt “ THEPAZ ” Tribunal des conflits le 14 janvier 1935

1/ La fonction infirmière visée par la loi pénale

Il ne s'agit pas pour autant d'infractions propre à la profession soignante, mais des hypothèses où sa mise en cause est liée aux obligations spécifiques de la profession.

Parmi ces infractions, nous pouvons rencontrer :

- le délit d'inexécution d'un ordre de réquisition (art. 475-12 du C.P.),
- le défaut de déclaration de sévices ou privations d'un mineur de moins de 15 ans, ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique (art 226-13) ;
- le défaut de déclaration d'une naissance à l'Officier d'Etat civil, dans le cas où le père, le médecin ou la sage-femme auraient omis de le faire (art R 40 et R 41 du C.P.)...
- Fautes consécutives à l'établissement d'une attestation, d'un certificat faisant état de faits matériels inexacts ou falsifiés, ou d'une modification d'une façon quelconque d'un certificat originellement sincère (sanctions prévues à l'article 441-8 ali 3 du N.C.P.).
- Faciliter à autrui l'usage de stupéfiants, en rédigeant ou en utilisant de fausses ordonnances, ou encore en oubliant volontairement de fermer l'armoire des produits toxiques (les peines concernant la facilité l'utilisation de stupéfiants sont très lourdes).
- Provoquer ou tenter de provoquer l'avortement d'une femme enceinte, ou qui indique les moyens de se procurer l'avortement en dehors des cas prévus par la loi est passible d'une sanction pénale très lourde (art 223-11 et

223-12 du N.C.P.).

- La violation du secret professionnel : L'article 226-13 du Code pénal énonce que "la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est le dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende".

Ce texte d'application générale aux professions dépositaires d'informations à caractère secret porte sur toutes les informations recueillies à l'occasion de l'exercice professionnel.

2/ Les atteintes corporelles

Les professionnels du soins comme tout individu peuvent être générateurs de dommages consécutivement à une atteinte corporelle volontaire ou involontaire.

Principe fondamental : Intangibilité du corps humain

Dérogation légale : Atteinte thérapeutique

Chambre criminelle (Cour de Cassation) **le 9 novembre 1961** = intervention médicale et par analogie l'intervention soignante, est un fait violent légitime au regard de la loi pénale : " Une intervention médicale portant atteinte à l'intégrité de la personne constitue un fait de violence ne pouvant être légitimé, au regard de la loi pénale, que si elle a été faite dans un intérêt médical ".

Rappelons que :
1- Le consentement du patient, s'il est obligatoire, ne peut pour autant légitimer un acte illégal (non thérapeutique)
2- L'autorisation de l'atteinte est limitée aux compétences réglementées (Sanctions = atteintes corporelles + exercice illégal de la médecine)

* **L'atteinte corporelle involontaire** réside dans une "maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements" → Il peut s'agir de coups et blessures ou d'un homicide

Maladresse : est coupable si elle résulte de la méconnaissance des règles fondamentales de l'exercice professionnel garantissant la sécurité du patient

Imprudence : est coupable si elle se manifeste dans des actions téméraires excédant les compétences de l'infirmière

Inattention, négligence ou inobservation des règlements sont fautives si elles traduisent l'ignorance ou le mépris des devoirs professionnels.

Exemples :

Erreur dans l'exécution d'un diagnostic

+ **Cour de Cassation** : Une erreur en matière d'identification de prélèvements en vue d'une vérification de compatibilité avant transfusion peut être mortelle. Parce que l'infirmière a commis une erreur dans l'étiquetage des récipients, le tribunal correctionnel la condamne pour homicide involontaire (retient seulement la responsabilité civile à l'encontre du médecin).

Erreur dans l'exécution d'une prescription

1/ Cour d'Appel de Colmar du 2 mars 1961 : Une élève d'un service de psychiatrie prépare des potions à base de sirop de sucre, en ajoutant 30 et 60 cm³ de somnifère, alors que la prescription portait 30 et 60 gouttes "

A la suite de cette erreur deux patients décèdent. La Cour d'Appel condamne l'infirmière et l'élève infirmière pour homicide involontaire.

2/ **Cour d'appel de Lyon du 23 mars 1984**, M. J.R. est décédé à la suite d'une erreur dans l'exécution d'une prescription médicale. En effet, il fut administré à la victime par erreur 10 ampoules d'un antimiotique, correspondant à 10 fois la dose habituellement prescrite. Il apparaît que l'erreur dans l'administration des médicaments prévus par le protocole s'explique par la conjugaison des fautes de plusieurs personnes. L'erreur a pour origine une prescription sommaire et une retranscription sur la fiche infirmière erronée.

La responsabilité du **Professeur prescripteur** peut être engagée, au motif que sa prescription était plus que sommaire car elle n'indiquait ni la nature ni la quantité des médicaments prescrits ; (**relaxe**)

L'interne est condamné pour défaut de vigilance et de surveillance (**2 mois de prison avec sursis, 2 000 F.**)

L'infirmière qui par étourderie a recopié Velbé 95 mg au lieu de VM 26 95 mg sur la fiche infirmière et qui a administré 10 doses de ce médicament sans prescription médicale qualitative et quantitative et sans s'inquiéter du nombre d'ampoules à ouvrir.

Que cette dernière aurait dû se référer à la prescription médicale directement et non sur la seule fiche infirmière pour mettre en oeuvre le protocole ; surveillance (**2 mois de prison avec sursis, 2 000 F.**)

La surveillante qui a recopié la mention erronée précédente sans consulter la fiche interne alors qu'elle avait déclaré avoir soupçonné l'anomalie de la prescription et oublié par la suite de la vérifier. (**3 mois de prison avec sursis, 2 000 F.**)

Le chef de service n'a pas été condamné, tant ses **préposés ont commis des fautes claires** dans l'exercice de leur fonction.

3/ **En avril 1981**, un jeune patient décède au cours d'une banale intervention chirurgicale. L'infirmière anesthésiste à qui l'anesthésiste avait confié l'enfant, ayant coupé l'oxygène au lieu du protoxyde d'azote en fin d'intervention.

Cette affaire fait l'objet de poursuite devant les juridictions pénales à l'encontre de l'infirmière anesthésiste. Cette dernière est condamnée à un mois de prison avec sursis pour "défaut de vigilance manifeste". Le médecin est également condamné à la même peine pour "absence".

Cette solution est exemplaire à plus d'un titre :

- Elle confirme qu'une IADE, à la suite d'une erreur ayant entraîné la mort, peut être condamnée au pénal.

- Nul ne couvre l'IADE en pénal, ni le médecin, ni l'administration reconnus tous les deux coupable de négligence par ailleurs.

- La responsabilité de l'IADE n'exclut pas celle du médecin anesthésiste à qui il a été reproché non pas la faute de son auxiliaire, mais sa propre faute, celle de n'avoir pas été présent lors de la phase de réveil, moment critique de l'anesthésie.

3/ Défaut d'assistance à personne en péril

"Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter, à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours" (art. 226-6 du N.C.P.).

L'obligation d'intervenir est générale, puisque il n'est pas nécessaire qu'une autorité responsable n'ait à l'inviter ou à le contraindre. L'obligation d'intervenir est certes une obligation qui pèse sur toute personne, mais le fait que l'infirmière soit **une professionnelle du soin constitue une circonstance aggravante** si l'omission est caractérisée

La loi punit celui qui **s'abstient "volontairement"** de porter secours, qui refuse consciemment, en toute connaissance de cause, d'assister une personne en péril. Il s'agit donc d'une infraction intentionnelle. Cependant, le refus de porter secours n'est coupable que si l'auteur a eu conscience du caractère d'imminente gravité du péril auquel était exposée la personne à secourir.

Cette conscience est consécutive à **un constat direct ou indirect** lorsque l'infirmière est avertie par un tiers. Dans l'hypothèse où la conscience est acquise indirectement, se pose le problème de l'appréciation.

Exemple : Récemment, le **Tribunal correctionnel de Bétune le 14 décembre 1984**, a condamné une puéricultrice et une assistante sociale après la mort d'un enfant de deux ans et demi placé sous leur surveillance et que ses parents avaient laissé déperir.

Elles ne pouvaient pas être condamnées pour **non déclaration de sévices** puisqu'elles les avaient connus dans l'exercice de leurs fonctions, mais le juge a estimé qu'en ne provoquant pas les secours nécessaires, elles s'étaient rendues coupables de non-assistance de personne en péril.

Lorsqu'une infirmière est prévenue par une aide soignante d'une situation grave, et que compte tenu des informations rapportées, elle décide de ne pas intervenir immédiatement, impliquant par là même le décès du patient : l'infirmière engage-t-elle sa responsabilité pour non assistance à personne en péril ?

Exemple : Cour de cassation du 25 juin 1984 :

“ Il s'agit de la femme d'un hospitalisé dans un service de traumatologie qui constate l'état alarmant de son mari et demande à l'infirmière-chef d'appeler un médecin. Celle-ci voit le malade, prend sa pression artérielle et aidée par une infirmière, lui fait une injection. Elle ne juge pas utile de faire appel sur l'heure au concours d'un médecin. En dépit de ses soins, le malade meurt peu après ”.

“ La Cour de Cassation rejette le pourvoi contre l'arrêt de la Cour d'Appel de Colmar et confirme son ordonnance de non-lieu au motif que, si l'infirmière-chef n'avait pas jugé utile de faire immédiatement appel au concours d'un médecin, il s'agissait d'une erreur d'appréciation et non d'une abstention de porter secours. ”

QUID de la responsabilité juridique de l'infirmière du chef de non assistance à personne en péril depuis le décret du 15 mars 1993 qui consacre le “ diagnostic infirmier ” ?

Le risque d'une erreur d'appréciation pour l'infirmière réside dans la possible poursuite de la victime du chef d'homicide ou de coups et blessures involontaires.

→ **Refus légitime d'intervention :**

i) réside dans la mise en danger de sa santé, de sa vie, ou encore de celle d'un tiers

Concernant la mise en danger d'un tiers. Il s'agit de la situation où l'infirmière, au moment où elle est informée d'un péril imminent, s'occupe d'un patient lui-même en situation périlleuse. Le seul reproche qui pourrait être invoqué est de ne pas avoir provoqué, si cela était possible, les secours nécessaires concernant le second patient.

ii) Cour de Cassation (Ch. Crim.) le 3 janvier 1973 : Il s'agissait d'un médecin confronté à un **“refus obstiné et même agressif”** du malade, sur lequel il doit intervenir.

iii) I.V.G (clause de conscience et continuité des soins) et Euthanasie passive