

Item n° 10 - Responsabilités médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire.

Module1 - Apprentissage de l'exercice médical

Sous-module : Médecine légale et droit de la santé

Objectifs : - Différencier les types de responsabilité liés à la pratique médicale.

Auteur(s) : Duguet Anne Marie, Thomas Agnès, thomas@cict.fr

Dernière mise a jour : 20 avril 2005

RESPONSABILITE MEDICALE

I. LA RESPONSABILITE MEDICALE CIVILE ET ADMINISTRATIVE

Si l'acte médical fautif est à l'origine d'un dommage physique, moral, matériel, présent ou futur, le patient peut demander réparation selon l'endroit où ont été produits les soins :

- devant les juridictions civiles engageant la responsabilité civile du médecin libéral exerçant en établissement de santé privé ou en ambulatoire (ou du médecin hospitalier dans le cadre de son activité libérale),
- devant les tribunaux administratifs engageant la responsabilité administrative de l'administration hospitalière qui se substitue au médecin pour indemniser le patient pris en charge dans l'établissement de santé public.

Nous envisagerons successivement : la responsabilité civile, puis la responsabilité administrative.

A. LA RESPONSABILITE CIVILE

Comme tout citoyen, le médecin est civilement responsable du dommage réalisé à ses patients. La faute civile peut revêtir plusieurs aspects :

- faute volontaire ou involontaire,
- faute présumée,
- responsabilité dans le cadre de la relation contractuelle.

1. La faute volontaire ou involontaire

Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer (article 1382 du Code Civil). Chacun est responsable du dommage qu'il a causé par son fait mais encore par son imprudence ou sa négligence (article 1383 du Code Civil). Le dommage peut être :

- matériel : perte d'argent, de capacité de travail,
- corporel : séquelles physiques,
- moral : souffrance morale, troubles dans les conditions d'existence.

Il peut être aussi futur (c'est à dire susceptible de survenir plus tard).

C'est à la victime d'établir la preuve de la faute, du dommage, de la relation de cause à effet (en produisant des certificats ou des expertises qui sont à sa charge). En l'absence de faute, il n'a ni réparation, ni indemnisation.

La notion de relation de cause à effet

Il faut que ce soit la faute qui ait causé le dommage. Dans certains cas, le manquement du praticien à ses obligations n'a pas été la cause déterminante du dommage, mais celle-ci a facilité la survenue du dommage. Le lien de causalité ne peut être établi de manière certaine, la faute médicale est à l'origine d'une perte de chance de guérison ou de survie qui permet une indemnisation partielle.

2. Autres types de fautes

La responsabilité du médecin peut être engagée pour d'autres faits que de son fait personnel.

La responsabilité des maîtres et des commettants

Elle est appelée responsabilité du fait d'autrui. Le commettant (médecin) fait appel à un subordonné (auxiliaire médical) à qui il donne des instructions ou des ordres (à titre onéreux ou non).

Pour que la faute du préposé engage la responsabilité du commettant il faut qu'elle ait été commise dans l'exercice de la fonction. S'il y a abus (actes hors compétence) le commettant n'est pas responsable.

Ainsi sachant que les auxiliaires du médecin ont une capacité limitée de réalisation des actes de soins (réglementée par le Code de la Santé Publique), il convient de savoir que certains actes de soins peuvent être produits de façon autonome et d'autres nécessitent un lien de subordination au médecin devant être réalisés ou pas en sa présence directe.

La responsabilité du fait des choses

La responsabilité du fait des appareils « *choses qu'on a sous sa garde* » (article 1384 du Code Civil). Le médecin est responsable des dommages causés par le matériel qu'il utilise dont il doit vérifier le bon fonctionnement au préalable (responsabilité du fait des instruments, du fait des produits [loi du 19 mai 1998]).

3. La responsabilité dans le cadre de la relation contractuelle

Le contrat de soins introduit dans la jurisprudence par l'arrêt Mercier (Cour de Cassation, 20 mai 1936) entre le médecin et le patient se forme par un contrat tacite :

Le praticien s'engage à donner des soins consciencieux attentifs, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles ou acquises de la science. Le patient de son côté doit régler les honoraires et en principe suivre les prescriptions.

Comme pour tout contrat, il se réalise lorsqu'il y a jonction des volontés, chaque partie donnant son consentement. Pour le recueillir, il faut que le médecin ait donné à son patient une « *information simple, claire, approximative, intelligible et loyale* ». Le patient doit être majeur et mentalement apte à consentir. Pour le mineur ou l'incapable, c'est le représentant légal qui contracte. L'objet du contrat doit être licite et ne peut porter que sur des actes autorisés. L'obligation qui en découle est une obligation de moyens et non de résultat (le médecin ne peut pas s'engager à guérir le malade). Dans le contrat, la faute peut se situer :

- au niveau des soins : obligation non respectée, soins non conformes, risque non proportionné au bénéfice attendu.
- au niveau du consentement non éclairé : acte pratiqué sans consentement éclairé (rappelons que l'urgence vitale dispense du consentement).

La responsabilité du médecin ne peut être retenue par le juge que sur l'existence d'une triade : la survenue d'un dommage, un fait générateur et un lien de causalité entre les deux. La faute dans la qualité des soins pose simplement un problème d'expertise.

Par contre, la preuve ou le défaut de consentement est difficile à renverser. Le médecin devra apporter des éléments prouvant qu'il a bien averti le patient des risques et que cette information a été intelligible pour le malade. La loi du 4 mars précise que le refus de soins est un droit du patient : « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

La responsabilité sera engagée sur le plan contractuel s'il est établi que le dommage de la victime est bien la conséquence directe d'une faute dans le contrat.

4. L'évolution de la jurisprudence

Depuis l'arrêt Mercier, la jurisprudence civile privilégiait systématiquement l'analyse contractuelle, par exemple pour un malade inconscient incapable de donner son avis. C'est aussi le cas dans les soins aux tiers ou lors d'actes gratuits.

Puis, pour répondre à un souci croissant de sécurité, les tribunaux ont étendu la responsabilité dans le

cadre de l'activité libérale en donnant une définition de plus en plus large de la faute médicale. Les tribunaux ont institué une **présomption de faute**. Elle a conduit notamment au développement de l'obligation d'information (arrêts du 25 février 1997 [perforation colique post polypectomie], du 14 octobre 1997 et du 27 mai 1998 mettent à la charge du médecin l'obligation de prouver qu'il a bien donné à son patient cette information) et de la théorie de la perte de chance (le défaut d'information constitue une perte de chance de prendre une décision éclairée). Le médecin qui omet d'informer un patient d'un effet indésirable grave pouvant survenir lors d'un examen prive ce dernier de l'opportunité de refuser cet examen.

La présomption de faute à travers la survenue d'infection nosocomiales

De l'exigence d'une asepsie parfaite, on est passé à la présomption de responsabilité. La première chambre civile de la Cour de Cassation a adopté la solution déduite par le juge administratif de l'existence d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service lors d'un arrêt rendu le 21 mai 1996. Un patient développe en clinique une infection au niveau du site d'une intervention chirurgicale. La Cour retient « *qu'une clinique est présumée coupable 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* ». Ceci a été repris à plusieurs reprises, en 1998, une clinique a été présumée responsable sur les mêmes principes, en y ajoutant qu'une salle d'accouchement devait être assimilée à une salle d'opération (en dehors de ces lieux la présomption de responsabilité ne peut être invoquée, il faut toujours jouer sur le non-respect d'une asepsie parfaite).

L'obligation de sécurité de résultat

L'obligation de sécurité est l'un des fondements de la responsabilité civile. Cependant il est apparu des jurisprudences sur l'obligation de sécurité de résultat pour le praticien, constituant un renversement de la charge de la preuve. Cette obligation reste une obligation de moyen dont il devient difficile de s'exonérer « *attendu que le contrat d'hospitalisation et de soins conclu entre un patient et un établissement de santé met à la charge de ce dernier, en matière d'infection nosocomiale, une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en apportant la preuve d'une cause étrangère* ».

5. Quelle voie choisir, responsabilité civile ou pénale ?

- La voie civile est impérative pour rechercher la responsabilité :
 - dans le contrat de soins ;
 - du fait d'autrui (présomption de faute du commettant) ;
 - du fait des appareils.
- La voie pénale est impérative pour la sanction d'une infraction sans dommage :
 - violation du secret professionnel (si la révélation n'a apporté aucun préjudice).
- L'alternative est possible dans tous les autres cas :
 - la voie pénale, gratuite et plus simple pour le particulier, est préférée mais préjudiciable au médecin ;
 - la voie civile permet d'indemniser « *la perte de chance* » ;
 - dans le cas de la médecine d'équipe ou plusieurs médecins interviennent sans lien de subordination une condamnation « *in solidum* » est possible au civil, la victime se retrouve vers le plus solvable puisque les médecins sont condamnés en commun.
- La constitution de partie civile permet au patient qui porte plainte contre X d'obtenir réparation civile et indemnisation par le tribunal correctionnel si l'infraction pénale est qualifiée.

B. LA RESPONSABILITE ADMINISTRATIVE

Elle gère les intérêts de l'utilisateur du service public (le malade). Le médecin hospitalier est un agent du service public.

1. Les fondements

Le requérant devra prouver une faute de service, un dommage, un lien de causalité.

a. Le Principe

Pour la réparation des dommages, l'administration hospitalière se substitue à son préposé dans des circonstances précises, si une faute de service est prouvée au niveau :

- d'un acte médical : pendant longtemps les tribunaux ont recherché la faute lourde qui doit avoir des caractères de gravité certains (expertise). Depuis le 10 avril 1992, la faute médicale n'a plus besoin d'être qualifiée de lourde. Il suffit d'une « *faute médicale de nature à engager la responsabilité* » ;
- d'un acte de soins (actes réalisés par auxiliaires médicaux) : la faute simple suffit à engager la responsabilité ;
- d'une faute simple par défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service.

b. Les exclusions

- La faute pénale : la responsabilité individuelle subsiste, non assurable. Le médecin hospitalier peut être poursuivi devant le Tribunal Correctionnel.
- Il n'y a pas de contrat à l'hôpital. Le patient ne choisit pas son praticien, mais le défaut de consentement et les soins non conformes peuvent constituer une faute médicale.
- La **faute grave détachable du service** n'engage pas la responsabilité de l'administration. Le médecin est personnellement responsable il devra assumer les conséquences pécuniaires de sa faute, c'est pourquoi il doit être assuré civilement même s'il exerce à l'hôpital. Il est conseillé aux étudiants effectuant des remplacements et aux internes de souscrire une assurance de responsabilité civile avec une clause défense et recours qui leur permettra de faire face aux poursuites.

2. L'évolution de la jurisprudence

Depuis une quinzaine d'années, les tribunaux administratifs ont orienté leurs décisions vers une meilleure indemnisation des usagers. Pendant longtemps, la nécessité de qualifier une faute lourde dans l'acte médical était source de rejet de responsabilité dans la moitié des cas.

a. L'abandon de la faute lourde

Les juridictions ont donc limité les critères de gravité et ont qualifié de « *lourde* » toute faute médicale, la vidant de son sens. C'est pourquoi, en 1992 (arrêt V. du 10 avril 1992), la faute médicale non qualifiée est devenue source de responsabilité. En effet, le juge administratif abandonne l'existence de la faute lourde, pour indemniser une patiente, victime de diverses erreurs commises par un anesthésiste lors d'une césarienne. A côté de ce revirement de jurisprudence, des décisions ont présumé la faute de service quant il n'était pas possible de la prouver.

b. La présomption de faute

En effet, la difficulté croissante de déterminer la source de la faute par la multiplicité des intervenants autour d'un même patient et par la technicisation des actes médicaux, aboutit à la présomption de faute de manière à faciliter l'indemnisation, quand le dommage consécutif à l'acte de soins courant était anormalement grave. Le patient est déchargé d'apporter la preuve de la faute.

- L'arrêt Cohen (CE 9 décembre 1988) : sacco-radiculographie responsable d'une grave infection méningée provoquant une paraplégie définitive.
- L'arrêt Bazin (CE, 9 décembre 1988) : Une accouchée décède d'une antibiothérapie trop tardivement mise en route pour une infection pourtant responsable d'une infection néonatale connue et traitée chez son enfant.

c. La responsabilité sans faute

- la responsabilité sans faute lors de la pratique de thérapeutiques nouvelles (arrêt Gomez)

En 1990, la Cour d'appel administrative de Lyon admet le principe de la responsabilité sans faute lors de la pratique de thérapeutiques nouvelles : paraplégie consécutive à une chirurgie nouvelle pour une déformation rachidienne. Les juges reconnaissent la responsabilité de l'hôpital sans qu'aucune faute n'ait été commise. Il s'agit de la première mise en responsabilité objective d'un établissement. Néanmoins il faut préciser que certaines conditions sont requises : le cadre d'une technique nouvelle (dont les conséquences sont encore mal connues) ; la mise en œuvre d'une thérapeutique ne s'imposant pas pour des raisons vitales ; des complications exceptionnelles et anormalement graves.

L'intérêt apparaît être celui d'indemniser les patients victimes d'expérimentations nouvelles dans le cadre de la progression de la recherche expérimentale dans l'intérêt de la santé publique ou de la progression des connaissances. Ce type de responsabilité pour exposition à une thérapeutique nouvelle est reprise par les lois encadrant la recherche.

- La responsabilité sans faute fondée sur le risque (arrêts Bianchi et Joseph Imbert d'Arles)
- Une décision du Conseil d'État du 9 avril 1993, crée un nouveau cas de responsabilité d'un établissement non pas sur la faute mais sur le risque (tétraplégie à la suite d'une artériographie). Tout en reconnaissant l'absence de faute, les juges condamnent néanmoins l'hôpital à indemniser la victime du fait des conséquences gravissimes de l'acte médical qu'il a subi. Il s'agit de réparer le grave préjudice consécutif à un acte médical dont le risque est exceptionnel mais connu, quand ce risque survient chez un patient qui n'y est pas exposé du fait de sa pathologie. Son application reste de portée limitée car elle sous-entend l'existence : d'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement ; cet acte doit présenter un risque dont l'existence est connue (le risque de développement qui est inconnu ne peut pas donner lieu à réparation) ; ce risque doit se réaliser de façon exceptionnelle (on écarte à priori l'indemnisation des risques sériels) ; il doit être directement responsable du dommage ; le patient ne doit pas être prédisposé au risque ; et le dommage doit être d'une exceptionnelle gravité et sans rapport avec l'état initial. Elle vise en fait à indemniser le patient qui "n'a pas de chance" : le "cas sur un millier" qui va développer l'effet indésirable rare et grave.
- Cette responsabilité pour risque a été reprise le 26 mai 1995 par le Conseil d'État à l'encontre d'hôpitaux du fait de leurs centres de transfusion sanguine dans le cadre de deux contaminations par le virus du SIDA « *du fait, même en l'absence de faute, des conséquences dommageables de la mauvaise qualité des produits fournis* » et dans l'arrêt Joseph Imbert d'Arles (décès d'un enfant lors d'une anesthésie générale réalisée pour l'exécution d'une circoncision) où le Conseil d'État innove en accordant une indemnisation alors qu'il ne s'agit pas d'un acte thérapeutique et que l'acte n'est pas médicalement justifié.

III. LA REponsabilite PENALE

1. Les fondements

La responsabilité pénale a pour but d'obtenir une condamnation du médecin à verser une amende et/ou à subir une peine privative de liberté. Il convient de porter plainte. La procédure est gratuite. C'est au juge d'instruction d'instruire l'affaire.

La responsabilité pénale ne peut être retenue que si le médecin a commis une infraction figurant dans le Code Pénal (principe de la légalité), même sans préjudice pour le patient (exemple de l'infraction relative à la violation du secret professionnel).

En cas de dommage le lien de causalité entre l'infraction et le dommage doit être certain.

Cette responsabilité est individuelle et non assurable. Elle est très préjudiciable au médecin car répressive. Parallèlement, le patient peut se constituer partie civile pour obtenir également réparation civile (ce sera le cas si l'infraction pénale est qualifiée).

Le temps au-delà duquel les poursuites ne sont plus possibles (la prescription) est très variable : 10 ans pour le crime, 3 ans pour le délit, 1 an pour la contravention.

2. Les exemples d'infractions

Des délits spécifiques sont prévus par le code pénal ou des lois particulières :

- la violation du secret professionnel
- l'abstention de porter secours,
- l'homicide ou les coups et blessures involontaires (maladresse imprudence, inattention, négligences ou inobservations des règlements ou des règles particulières de sécurité),
- la mise en danger,
- les infractions relatives aux recherches biomédicales,
- les infraction relatives à l'IVG.

3. L'évolution de la responsabilité pénale

- a. Le recours à la sanction pénale est de plus en plus souvent choisie par les patients.

L'instruction puis les sanctions ne se limitent pas au médecin désigné mais peuvent atteindre un ensemble de soignants et les personnalités morales (exemple de la condamnation récente de l'APHP et de personnels médicaux et paramédicaux pour le décès d'un nourrisson déshydraté).

b. La loi du 10 juillet 1998 ou l'exigence d'une faute indirecte plus importante

- Le traitement pénal de la " faute directe " et de la " faute indirecte " - s'agissant d'infractions non intentionnelles - est désormais bien distinct. Le législateur a donc voulu faire en sorte que la faute soit nécessairement plus importante, pour que la responsabilité pénale soit retenue, lorsque le lien de causalité est indirect. À défaut de responsabilité pénale, c'est sur le terrain de la justice civile ou administrative que les victimes pourront obtenir réparation. Depuis la loi du 10 juillet 2000, et en cas de faute indirecte, la responsabilité pénale ne sera retenue que dans les deux cas suivants :
 - soit la personne mise en cause a violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement ;
 - soit elle a commis une faute caractérisée qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer.

S'agissant de la faute caractérisée, celle-ci doit présenter " un certain degré de gravité ", un caractère " bien marqué ", " affirmé ", une " particulière évidence ", une " particulière intensité ». ".

- La recherche plus systématique de la responsabilité pénale des personnes morales

L'exigence d'une faute caractérisée en matière de faute indirecte ne profite qu'aux personnes physiques et non aux personnes morales. Il en résulte que le comportement d'une personne physique (chef d'entreprise, responsable et collaborateur technique, maire, etc.) pourra engager la responsabilité pénale de la personne morale qu'il représente sans pour autant être, elle-même, pénalement responsable.

c. L'introduction croissante de dispositions pénales dans le Code de la Santé Publique

Par exemple, le non respect de la confidentialité des informations médicales est sanctionnée (art. L. 1110-4 du code de santé publique) : « *Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende* ».

IV. LA RESPONSABILITE DISCIPLINAIRE

C'est la responsabilité du médecin devant ses pairs (Conseil de l'Ordre), pour des manquements au Code de Déontologie. Tous les médecins sont concernés quelque soit leur type d'exercice (libéral, hospitalier).

La recherche de la responsabilité disciplinaire (ou ordinale) vise à sanctionner les infractions au Code de déontologie (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995) relatives :

- aux devoirs généraux des médecins,
- aux devoirs envers les patients,
- aux apports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé,
- et à l'exercice de la profession.

La première instance est régionale et est présidée par un juge administratif. La saisine est différente selon que le médecin exerce en privé ou public. Le recours s'effectue au niveau national puis éventuellement auprès du Conseil d'Etat.

Les sanctions sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction provisoire ou définitive d'exercer (radiation). Il doit être précisé si l'infraction est constitutive d'une violation des principes de moralité et de probité de la profession (dans ce cas il ne peut y avoir d'amnistie). La juridiction disciplinaire de l'Ordre rend des décisions condamnant des médecins à des suspensions du droit d'exercer pour des fautes ou des négligences graves.

Cette recherche de responsabilité peut-être cumulée à la recherche de responsabilité autres (civiles, administrative ou pénale). La faute disciplinaire n'impose pas la faute civile. La faute pénale sanctionnée impose la mise en œuvre d'une instance disciplinaire.

V. L'EVOLUTION DE LA RESPONSABILITE AVEC LA LOI DU 4 MARS 2002

La loi du 4 mars renforce les droits des patients et les mesures d'alerte concernant les risques sanitaires. Elle réaffirme les fondements de la responsabilité et permet à certains patients ayant subi un dommage d'éviter le contentieux en créant une procédure de conciliation et d'indemnisation.

1. Les fondements de la responsabilité réaffirmés

Il est rappelé que le fondement de **la responsabilité repose sur la faute**. Mais il est précisé une responsabilité sans faute pour les infections nosocomiales : (art. L. 1142-1 du code de santé publique) « *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère* ».

Les **délais de prescription** sont uniformisés. Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.

2. Le renforcement de la protection des malades

a. Le renforcement de la sécurité sanitaire (information, alerte)

- L'information sur les risques doit porter sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.
- Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.

b. Assurance obligatoire des professionnels de santé et des établissements de santé

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

c. Le développement d'une procédure de conciliation

Cette procédure non contentieuse permet d'éviter les procédures contentieuses et de permettre une conciliation entre les parties ou une indemnisation rapide en cas de dommages importants (infections nosocomiales, affections iatrogène ou accident médical entraînant une IPP \geq 24%). Cette procédure n'empêche pas les patients de recourir à une procédure contentieuse dans le même temps. Cependant l'acceptation d'une conciliation ou d'une indemnisation éteint les possibilités de recours au judiciaire.

Les patients déposent un dossier auprès de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) qui fait une proposition, après expertise, dans les 6 mois. En l'absence de faute, l'ONIAM indemnise le patient. En présence d'une faute, l'assureur doit faire une offre visant à réparer intégralement le dommage. Si l'offre est refusée par le patient, celui-ci peut exercer un recours en indemnisation devant le juge compétent.

CONCLUSION

Le contentieux lié à la recherche de la responsabilité du médecin et des hôpitaux est de plus en plus fréquemment observé.

La séparation des contentieux, n'a pas empêché les juridictions administratives et judiciaires de se retrouver sur des questions aussi fondamentales que les conditions de la mise en cause de la responsabilité des médecins et des hôpitaux. Les infections nosocomiales ont effectivement joué une part non négligeable dans les décisions prises.

La loi du 4 mars 2002 qui réaffirme le fondement de la responsabilité sur la faute introduit la responsabilité sans faute pour les infections nosocomiales. Elle apporte aussi une solution non contentieuse au règlement des litiges pour les patients les plus lourdement atteints.

Les professionnels de santé et ceux qui les assurent inquiets de cette évolution sont dans l'attente des traitements des dossiers par les commissions de conciliation.