

Brevet de

Technicien

Assurance

Supérieur

Droit général et droit des assurances

Durée : 4 heures

Coefficient : 3

**Documents autorisés : Code Civil et Code des Assurances
L'usage d'une calculatrice est interdit**

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Arrêt de la Cour de Cassation, 1ère Chambre Civile, du 8 novembre 2000

Annexe 2 : La responsabilité médicale.

Extrait Bulletin d'actualité - Lamy Assurances janvier 2001

Annexe 3 : Extraits des arrêts de la Cour de Cassation du 25 février 1997, du 18 juillet 2000 et du 7 novembre 2000.

Annexe 4 : Extraits de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

PREMIÈRE PARTIE : (Barème : 35 points)

TRAVAIL À FAIRE

- 1.1 Analysez l'arrêt de la Cour de Cassation du 8 novembre 2000 (*Annexe 1*)
- 1.2 À l'aide des annexes 2,3 et 4, indiquez les obligations auxquelles un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient
- 1.3 Comment la loi du 4 mars 2002 organise-t-elle dorénavant la prise en charge de l'aléa thérapeutique ?

DEUXIÈME PARTIE : (Barème : 25 points)

Le 10 juillet 2002, en l'absence momentanée de Monsieur FOX, des malfaiteurs ont franchi le mur de clôture et sont entrés dans sa maison en utilisant une clé trouvée sous un pot de fleurs posé à proximité de la porte d'entrée.

La maison a été fouillée, quelques objets ont été dérobés, mais les voisins alertés par le bruit sont intervenus et les voleurs ont pris la fuite.

Monsieur FOX a déposé une plainte le 11 juillet et a transmis sa déclaration de sinistre le 12 juillet 2002 à son agent d'assurances, Monsieur TERRIER, ainsi que la liste des objets dérobés, les justificatifs et le montant des pertes.

Monsieur FOX a souscrit, le 1^{er} février 1998, un contrat multirisque habitation n°250336 dont la date d'échéance est le 1^{er} février. Ce contrat comporte la garantie vol avec la clause suivante :

« Est exclu le vol facilité par une négligence de l'occupant des locaux »

Après vérifications, vous constatez que l'échéance du 1^{er} février 2002 (contrat 250336) est impayée et qu'après plusieurs rappels, une lettre recommandée avec avis de réception a été adressée le 15 juin 2002 au domicile de M. FOX afin de le mettre en demeure de régler la prime, sous peine de suspension et de résiliation de la police dans les délais légaux.

Analysez les problèmes soulevés par ce dossier et proposez des éléments de solution.

Annexe 1

Médecin : obligations contractuelles : aléa thérapeutique

Référence : Cass. 1^{re} civ., 8 nov. 2000, Destandau c/ Y. T. : Juris-Data n° 006741 (Cassation de Bordeaux, 1^{re} ch. A, 14 déc. 1998)

Sur le moyen unique, pris en sa première branche :

- Vu les articles 1135 et 1147 du Code civil ;
- Attendu que la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient ;
- Attendu que M. Tourneur, atteint d'une hydrocéphalie, a fait l'objet d'une intervention chirurgicale, réalisée par M. Destandau, neurochirurgien, consistant à dériver le liquide céphalo-rachidien suivant la technique lombo-péritonéale ; qu'immédiatement après l'intervention, il a présenté une paralysie irréversible des membres inférieurs associée à une incontinence urinaire et anale ; que l'arrêt attaqué, après avoir exclu toute faute commise par le praticien et constaté que l'état de M. Tourneur résultait d'un infarctus spontané du cône médullaire directement imputable à l'opération, a, néanmoins, condamné M. Destandau à réparer le préjudice résultant de la survenance de cet aléa thérapeutique au motif qu'il était tenu d'une obligation contractuelle de sécurité dès lors « qu'indépendamment de toute faute prouvée de la part du praticien, a été causé au patient, à l'occasion de l'exécution des investigations ou des soins, un dommage à l'intégrité physique ou mentale du patient qui présente les caractéristiques, d'abord d'être sans relation avec l'échec des soins ou les résultats des investigations, ensuite d'être sans rapport connu avec l'état antérieur du patient ou avec l'évolution prévisible de cet état, enfin de découler d'un fait détachable de l'acte médical convenu, mais sans l'exécution duquel il ne se serait pas produit, en sorte que ce dommage nouveau et hétérogène apparaît comme de nature purement accidentelle » ;
- Attendu qu'en statuant ainsi alors qu'elle avait constaté la survenance, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé, la cour d'appel a violé les textes susvisés ;

Par ces motifs... :

Casse.

Au regard de la jurisprudence récente de la Cour de cassation, tendant à élargir le domaine de la responsabilité médicale en général (voir J. Vilanova, Vers une extension de la responsabilité médicale, La Tribune de l'assurance 2000, n° 40, p. 61 et s.), et des derniers arrêts rendus par les juges du fond concernant la question plus précise de la réparation des dommages résultant d'un aléa thérapeutique, les médecins et centres d'hospitalisation et de soins ainsi que leurs assureurs pouvaient légitimement s'inquiéter de la solution devant être adoptée par la Cour le 8 novembre 2000.

En l'espèce, un malade ayant subi une intervention chirurgicale afin de tenter de guérir une hydrocéphalie est victime de paraplégie à la suite de l'opération. Il assigne le praticien en réparation de son préjudice. Des expertises sont réalisées et constatent l'absence totale de faute de la part du médecin : les dommages résultent à l'évidence d'un aléa thérapeutique.

La Cour d'appel de Paris condamne le médecin à réparation au titre de son « obligation contractuelle de sécurité ».

Lorsque la première chambre civile rend sa décision, lui est donc laissé un choix très délicat : l'exonération du praticien qui n'a pas commis de faute de toute responsabilité, ou l'extension du champ d'application de l'obligation de sécurité de résultat, jusqu'à présent limité à deux cas de figure très spécifiques. Dans son rapport, Monsieur le Haut Conseiller à la Cour de cassation Pierre Sargos manifeste sa préférence pour la première solution en ces termes : « pratiquement toutes les affaires de responsabilité médicale - y compris des cliniques - dériveraient par une pente naturelle et incontrôlable vers des actions fondées sur l'aléa thérapeutique. Ce serait la fin du droit jurisprudentiel de la responsabilité médicale, avec tous les équilibres qu'il a recherchés » (Rapport disponible sur le site internet de la Cour de cassation, rubrique « Agenda »).

La Cour suit cette argumentation et prononce la cassation, en relevant que « la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu ».

Après un rappel du domaine d'application de l'obligation de sécurité de résultat des médecins et autres établissements de soins et d'hospitalisation, sera étudiée la question plus particulière de la réparation de l'aléa thérapeutique devant les juridictions administratives et judiciaires.

Domaine de l'obligation de sécurité de résultat

La responsabilité des médecins à l'égard de leurs patients est, depuis l'arrêt de principe « Mercier » (Cass., 20 mai 1936, DP 1936, p. 88 et s., Rapp. Jossierand et concl. Matter) fondée sur le lien contractuel : « Il se forme entre le médecin et le client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade (...), du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, (...) mais consciencieux, attentifs, et, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

L'obligation est donc de moyen, comme le rappelle régulièrement la Cour de cassation (voir notamment Cass. 1^{re} civ., 9 oct. 1985, n° 83-16.984, n° 741, Lamyline, où une cour d'appel est censurée pour avoir conclu à l'existence d'une faute du médecin, après avoir simplement constaté l'absence de succès du traitement et l'apparition d'un préjudice).

Néanmoins, dans certains domaines particulièrement sensibles, elle a statué dans le sens d'une obligation de sécurité de résultat. Il en est ainsi, pour le moment, en matière de fourniture d'appareils médicaux par les praticiens et d'infections nosocomiales.

Dans ces cas, la seule cause d'exonération pour le débiteur de cette obligation est la preuve d'une cause étrangère.

Matériels ou produits fournis pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soin

La première chambre civile a tout d'abord imposé cette obligation de sécurité de résultat aux chirurgiens-dentistes pour la fourniture de prothèses dentaires à leurs patients (Cass. 1^{re} civ., 29 oct. 1985, n° 83-17.091, n° 805, Bull. civ. I, n° 273). Puis elle a refendu la même solution en matière de fourniture de sang (Cass. 1^{re} civ., 12 avr. 1995, n° 92-11.950, n° 968, n° 92-20.747, n° 970, Bull. civ. I, n° 179, JCP éd. G. 1995, II, n° 22467, note P. Jourdain ; solution identique devant les juridictions administratives : CE, 26 mai 1995, n° 143238, n° 143673, n° 151798, JCP éd. G. 1995, II, n° 22468, note J. Moreau).

L'obligation de sécurité de résultat doit, en toute logique, s'étendre à tous les appareils utilisés par les praticiens à l'occasion de l'accomplissement d'un acte médical. En ce sens, un arrêt récent précise ainsi que « le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier, sans préjudice de son

recours en garantie, 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 » (Cass. 1^{re} civ., 9 nov. 1999, n° 98-10.010, n° 1719, JCP éd. G. 2000, IV, n° 10251).

La solution est du reste conforme aux dispositions des articles 1386-1 et sui-

vants du code civil, introduits par la loi n° 98-389 du 19 mai 1998, JO 21 mai, transposant la directive sur les produits défectueux (Dir. Cons. CE n° 85/374, 25 juill. 1985, JOCE 7 août 1985, n° L 210, p. 29). Tout produit utilisé par un professionnel doit impérativement être exempt de tout défaut de nature à créer un danger pour les personnes ou les biens. Il en est notamment ainsi des comprimés médicamenteux (Cass. 1^{re} civ., 3 mars 1998, n° 96-12.078, n° 432, Bull. civ. I, n° 94, JCP éd. G. 1998, II, n° 10088, Rapport Sargos) et des ampoules de médicament (Cass. 1^{re} civ., 5 janv. 1999, n° 97-10.547, n° 17, Lamyline).

Le médecin condamné pour la fourniture d'un appareil vicié conserve cependant son recours en garantie contre le producteur ou le vendeur (Cass. 1^{re} civ., 9 nov. 1999, n° 98-10.010, n° 1719, précité et C. civ., art. 1386-6 et 1386-7).

En revanche, la première chambre civile refuse jusqu'à présent d'étendre cette obligation de sécurité de résultat à la pose d'un appareil sur la personne du patient. Dans un arrêt de 1997, elle décide que l'obligation de résultat du praticien ne s'étend pas à la pose d'un cathéter dans la carotide de son patient (Cass. 1^{re} civ., 25 févr. 1997, n° 95-11.205, n° 425, Bull. civ. I, n° 72, JCP éd. G. 1997, IV, n° 880). En l'espèce, aucun vice du produit ni faute du praticien n'est relevé, et l'action en réparation du préjudice de la victime est rejetée.

Infections nosocomiales

La notion d'infection nosocomiale est complexe. Le lecteur se reportera utilement à une définition posée par une circulaire du ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale du 13 octobre 1988 :

« - toute maladie provoquée par des micro-organismes ;

- contractée dans un établissement de soins par tout patient après son admission, soit pour hospitalisation, soit pour y recevoir des soins ambulatoires ;

- que les symptômes apparaissent lors du séjour à l'hôpital ou après ;

- que l'infection soit reconnaissable aux plans cliniques ou micro-biologiques, données sérologiques comprises, ou en-

core les deux à la fois » (Circ. min. n° 263, 13 oct. 1988, BO Solidarité, Santé et Protection sociale n° 45, 20 déc. 1988).

En substance, ces infections sont contractées en milieu médical et peuvent avoir une origine endogène (par exemple, micro-organismes déjà présents sur l'épiderme du patient) ou exogène (par exemple, contenus dans le réservoir nasal d'un membre du personnel présent lors d'un accouchement : Cass. 1^{re} civ., 16 juin 1998, n° 97-18.481, n° 1265, Bull. civ. I, n° 210). De plus, elles ne se seraient a priori pas produites sans l'introduction de la personne en milieu médical.

Sur le fondement de l'obligation de moyen, ces infections n'engageaient à l'origine la responsabilité des médecins qu'à la condition pour la victime de prouver une faute (voir notamment Cass. 1^{re} civ., 28 févr. 1984, n° 82-15.958, n° 190, Bull. civ. I, n° 177 et Cass. 1^{re} civ., 28 juin 1989, n° 86-19.318, n° 975, Resp. civ. et assur. 1989, comm., n° 343, note H. Groutel). Puis la Cour de cassation fit peser sur une clinique une présomption de faute, à charge pour elle de démontrer le contraire (Cass. 1^{re} civ., 21 mai 1996, n° 94-16.586, n° 969, Resp. civ. et assur. 1998, hors-série, 10 ans de jurisprudence commentée, chr., n° 120, note H. Groutel ; Cass. 1^{re} civ., 16 juin 1998, précité). L'on pouvait alors parler « d'obligation « renforcée » de moyens » (P. Sargos, Rapport pour Cass. 1^{re} civ., 29 juin 1999, précités, Infection nosocomiale : de la présomption de faute à l'obligation de sécurité de résultat, JCP éd. G. 1999, II, n° 10128).

Enfin, par trois arrêts du 29 juin 1999 commentés au Rapport annuel de la Cour de cassation, la première chambre civile érige en principe l'obligation des médecins et centres d'hospitalisation et de soins de réparer les conséquences d'infections nosocomiales, en qualifiant cette obligation « de sécurité de résultat » (Cass. 1^{re} civ., 29 juin 1999, précités, Rapport précité du conseiller P. Sargos, Rapp. C. cass. pour 1999, p. 394 et s.).

Seule possibilité d'exonération : la preuve d'une cause étrangère

La conséquence est très lourde pour le débiteur d'une obligation de sécurité

de résultat. Il ne peut en effet être exonéré de sa responsabilité que par la preuve d'une cause étrangère, à savoir un événement présentant les caractéristiques de la force majeure : imprévisible, irrésistible, extérieur.

Cette preuve est particulièrement difficile à établir en matière d'infection nosocomiale. En particulier, le caractère d'extériorité ne nous semble pas pouvoir être démontré puisque l'infection a de manière certaine pour origine un micro-organisme présent dans la salle de soins, que ce soit sur le patient lui-même, sur un instrument ou dans un produit utilisé lors de l'intervention, ou encore chez un membre du corps médical. Aussi, la frontière avec une responsabilité de plein droit est très mince. A notre connaissance, aucun arrêt n'a pour le moment conclu à l'exonération d'un professionnel de la santé sur le fondement de la cause étrangère.

Aussi, dans un souci de protection et d'indemnisation des victimes, était-il tentant de faire peser sur les médecins et autres centres de soins et d'hospitalisation une obligation similaire. La Cour de cassation en a cependant décidé autrement, évitant les écueils d'une prévisible dérive généralisée. Comme le souligne le Conseiller P. Sargos dans son Rapport, toute action en responsabilité médicale aurait, avec une telle jurisprudence, pu aboutir sur le seul fondement de l'aléa thérapeutique. Un inconvénient majeur en aurait inévitablement résulté : sachant que certains spécialistes (anesthésistes, obstétriciens, ophtalmologues...) ont déjà les plus grandes difficultés à souscrire une assurance, on aurait pu craindre pour la pérennité de leurs spécialités médicales.

La solution paraît donc sage, mais laisse en suspens la question de l'indemnisation des dommages résultant de l'aléa thérapeutique.

L'indemnisation des conséquences de l'aléa thérapeutique

Dans une étude récente, le Conseiller P. Sargos donne une excellente défini-

tion de l'aléa thérapeutique : « L'aléa thérapeutique est un événement dommageable survenu au patient sans qu'une maladresse, et plus généralement sans faute quelconque, puisse être imputée au praticien, et sans que ce dommage se relie à l'état initial du patient ou à son évolution prévisible » (L'aléa thérapeutique devant le juge judiciaire, JCP éd. G. 2000, I, n° 202). Le Lexique des termes d'assurance de James Landel et Martine Charré-Serveau énonce quant à lui : « C'est le risque encouru par un patient de subir un dommage corporel à l'occasion d'un acte médical et de ne pas pouvoir être indemnisé de ce dommage, en l'absence de toute faute de la part du chirurgien qui l'a accompli » (J. Landel et M. Charré-Serveau, Lexique des termes d'assurance, éd. L'Argus, 3^e éd., 2000).

La victime subit donc un préjudice en l'absence de toute faute du médecin.

La jurisprudence a ainsi précisé que la notion d'aléa thérapeutique est exclusive de toute faute du médecin (voir notamment Cass. civ., 30 oct. 1963, n° 61-10.146, n° 635, Bull. civ. I, n° 465 et Cass. 1^{re} civ., 9 oct. 1984, n° 83-12.287, n° 734, Bull. civ. I, n° 251, JCP éd. G. 1984, IV, p. 347) et se distingue de la maladresse de celui-ci (Cass. 1^{re} civ., 7 janv. 1997, n° 95-10.939, n° 14, Lamyline ; Cass. 1^{re} civ., 30 sept. 1997, n° 95-16.500, n° 1404, JCP éd. G. 1997, IV, n° 2224, Bull. civ. I, n° 259). Lesdites fautes et maladresses constituent à l'évidence des faits générateurs de responsabilité, en application des règles du droit commun. Quant à l'indemnisation des dommages résultant d'un aléa thérapeutique, elle s'effectuera différemment selon que la victime a été soignée dans un établissement public ou privé. En effet, si elle est en principe admise de-

vant le juge administratif... (mais de strictes conditions sont nécessaires à la condamnation : exigence d'une absence totale de lien entre le dommage et l'état ou l'évolution prévisible de l'état du patient, préjudice d'une extrême gravité)... elle est désormais exclue devant le juge judiciaire

Luc DOGNIAUX

Chirurgien : exérèse d'une glande sous-maxillaire : maladresse

La faute des deux chirurgiens ayant pratiqué l'intervention est retenue.

Référence : Cass. 1^{re} civ., 18 juill. 2000, Giroud et autre c/ Dame C. et autres : Juris-Data n° 003057 (Rejet du pourvoi c/ CA Lyon, 6^e ch. civ., 16 sept. 1998)

Sur le moyen unique :

● Attendu qu'à l'occasion d'une intervention chirurgicale pratiquée sur M^{me} C. et consistant en une exérèse de la glande sous maxillaire droite, les docteurs Giroud et Zeller ont atteint le nerf grand hypoglosse et le nerf lingual, ce qui a provoqué chez leur patiente une paralysie du premier et des névralgies du second avec des troubles de l'élocution et de la déglutition ; que l'arrêt confirmatif attaqué a retenu la responsabilité des deux praticiens et les a condamnés à réparer le préjudice en résultant ;

● Attendu que MM. Giroud et Zeller font grief à la cour d'appel d'avoir ainsi statué alors que le médecin n'étant tenu que d'une obligation de moyens consistant à donner à son patient des soins consciencieux conformes aux données acquises de la science, la seule absence de réussite d'un acte ne suffit pas à engager sa responsabilité de sorte que la cour d'appel ne pouvait retenir l'existence d'une faute par maladresse des praticiens sans rechercher si ceux-ci avaient négligé de prendre les précautions nécessaires et sans préciser en quoi ils auraient manqué à leur obligation de prudence et de diligence ;

● Mais attendu que dès lors que la réalisation de l'exérèse n'impliquait pas l'atteinte du nerf grand hypoglosse et du nerf lingual et qu'il n'était pas établi que le trajet de ces nerfs aurait présenté chez M^{me} C. une anomalie rendant leur atteinte inévitable, la cour d'appel a pu décider que les deux praticiens avaient commis une faute dans l'exécution du contrat les liant à leur patiente ;

Par ces motifs :
Rejette le pourvoi.

Source : Resp. civ. Et ass. Déc. 2000

MÉDECINE * Responsabilité * Obligation d'information * Chirurgien * Risque * Charge de la preuve * Médecin * Obligation particulière d'information.

Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation ;

Cassation, pour violation de l'art. 1315 c. civ., de l'arrêt qui, pour débouter un patient de son action en responsabilité à l'encontre d'un médecin en raison des troubles dont il est resté atteint à la suite d'une coloscopie avec ablation d'un polype ayant entraîné une perforation intestinale, et faisant valoir que le médecin ne l'avait pas informé du risque de perforation au cours d'une telle intervention, écarte ce moyen au prétendu motif qu'il appartient au patient de rapporter la preuve de ce que le praticien ne l'a pas averti de ce risque, alors que le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation.

CASS. 1^{re} CIV., 25 févr. 1997 • P 94-19.685 • (X... c/ Y... et autres) • MM. Lemontey, prés. – Sargos, rapp. – Roehrich, av. gén. – SCP Peignot, Garreau, SCP Coutard, Mayer, M^e Le Prado, av. • Cassation de CA Rennes, 5 juill. 1994 [1^{re} ch. A].

(Bull. civ. I, n° 75).

RECUEIL DALLOZ 1997, 3^e CAHIER. SOMMAIRES COMMENTÉS.

Source – Légisoft Cour de Cass. Civ 1^{re} 07 – 11 - 2000

Sur le moyen unique, pris en ses trois branches, du pourvoi principal:

Attendu que pour les besoins de la préparation d'une intervention chirurgicale qui devait être faite, le 1er août 1991, à la Clinique Saint-Roch par M. Médus, médecin, Mme Rigaud a fait l'objet d'une application cutanée de produits désinfectants et qu'immédiatement après, elle a présenté des brûlures du 1er et 2e degrés qui ont rendu nécessaire le report de l'intervention projetée; que l'arrêt attaqué (Montpellier, 9 décembre 1998) a retenu la responsabilité de la clinique et écarté celle du praticien;

Attendu qu'à l'encontre de cet arrêt, la clinique invoque des griefs tirés d'une violation des articles 7 et 16 du nouveau Code de procédure civile, 1604 et 1641 du Code civil et fait valoir qu'elle ne pouvait être tenue que d'une obligation de moyens et non de résultat, de sorte que l'article 1147 du Code civil aurait été violé;

Mais attendu que le contrat d'hospitalisation et de soins liant un patient à un établissement de santé privé met à la charge de ce dernier, sans préjudice de son recours en garantie, une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les produits, tels les médicaments, qu'il fournit; que l'arrêt attaqué, qui a constaté, d'une part, que la Clinique Saint-Roch avait effectivement fourni les produits désinfectants employés sur la personne de Mme Rigaud, d'autre part, que ces produits étaient à l'origine des brûlures subies par cette dernière a, dès lors, légalement justifié sa décision au regard de la troisième branche du moyen, les deux premières s'attaquant à un motif erroné mais surabondant tiré des obligations pesant sur le vendeur;

Sur le moyen unique du pourvoi provoqué de Mme Rigaud, tel qu'il figure à son mémoire et est reproduit en annexe au présent arrêt: Attendu que ce moyen est sans fondement, la cour d'appel n'ayant pas à procéder à une recherche qui ne lui était pas demandée;

PAR CES MOTIFS:
REJETTE ...

Annexe 4

Extraits de la loi du 4 mars 2002

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

« Information des usagers du système de santé

et expression de leur volonté »

Art. L. 1111-1. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Risques sanitaires résultant du fonctionnement

du système de santé »

Section 1

Principes généraux

Art. L. 1142-1. - I. - 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.

II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

Art. L. 1142-2. - Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion des 5°, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9 (11°, 14° et 15°), utilisés à l'occasion de ces activités, 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.