

**Master 2 Droit privé approfondi (Spécialité pénal)**

Année universitaire 2019-2020

**La faute non intentionnelle en droit pénal médical**

**Mémoire de recherche présenté par Lucine HESSEL**

Sous la direction de

**Monsieur Frédéric ARCHER**

Maître de conférences H.D.R. en droit privé et sciences criminelles et Codirecteur de l'institut  
de criminologie de Lille

*Juin 2020*



*« Je souhaite exprimer toute ma gratitude à Monsieur Frédéric ARCHER qui, en tant que directeur, m'a orientée vers ce sujet passionnant, m'a guidée et conseillée.*

*Je remercie ma famille proche, ainsi que mes amies, de m'avoir toujours soutenue et encouragée tout au long de mes études. Et plus que jamais pour la rédaction de ce mémoire qui traduit l'achèvement de mon parcours universitaire. »*

## Abréviations

---

<i>AFDP</i>	Association Française de Droit Pénal
<i>AJ</i>	Actualité juridique
<i>Al</i>	Alinéa
<i>Art.</i>	Article
<i>ATIH</i>	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
<i>BOMJ</i>	Bulletin Officiel du Ministère de la Justice
<i>Bull.</i>	Bulletin
<i>CA.</i>	Cour d'appel
<i>Cass. crim.</i>	Cour de cassation, chambre criminelle
<i>Cass. civ.</i>	Cour de cassation, chambre civile
<i>CCI</i>	Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux
<i>C. civ.</i>	Code civil
<i>Ch.</i>	Chambre
<i>Cf.</i>	Confer
<i>CHU</i>	Centre Hospitalier Universitaire
<i>Circ.</i>	Circulaire
<i>CNOM</i>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<i>Co.</i>	Congrès
<i>coll.</i>	Collection
<i>Comm.</i>	Commentaire(s)
<i>C. pén.</i>	Code pénal
<i>CPP</i>	Code de procédure pénale
<i>CRCI</i>	Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation
<i>Crim.</i>	Criminel(le)
<i>DDHC</i>	Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen
<i>DEA</i>	Diplôme d'Études Approfondies
<i>Dr.</i>	Droit
<i>DRC</i>	Droit de la Responsabilité et des Contrats
<i>Ds.</i>	Dans
<i>Ed.</i>	Edition
<i>Etc.</i>	Et cætera
<i>Gaz. Pal.</i>	Gazette du Palais
<i>In.</i>	Dans
<i>J-C</i>	Jésus-Christ
<i>LGDJ</i>	Librairie générale de droit et de jurisprudence
<i>MACSF</i>	Mutuelle d'Assurance des Professionnels de la Santé
<i>NBT</i>	Nouvelle Bibliothèque de Thèses
<i>Nt</i>	Note
<i>Ntmt.</i>	Notamment
<i>NP.</i>	Non Publié
<i>N°</i>	Numéro

<i>Obs.</i>	Observations
<i>ONIAM</i>	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
<i>ORL</i>	Oto-Rhino-Laryngologiste
<i>p.</i>	page
<i>Préf.</i>	Préface
<i>pt.</i>	Point
<i>PUF</i>	Presses Universitaires de France
<i>QPC</i>	Question Prioritaire de Constitutionnalité
<i>RDS</i>	Revue Droit et Santé
<i>RDSS</i>	Revue de Droit Sanitaire et Social
<i>Rec.</i>	Recueil
<i>Rép.</i>	Répertoire
<i>RGDM</i>	Revue Générale de Droit Médical
<i>RRPP</i>	Répertoire de la Responsabilité de la Puissance Publique
<i>RSC</i>	Revue de Science Criminelle et de droit pénal comparé
<i>SAMU</i>	Service d'Aide Médicale Urgente
<i>T.</i>	Tome
<i>V°.</i>	Voir
<i>Vol.</i>	Volume
°	-ème

**PARTIE 1**

**L'ÉVOLUTION DE LA FAUTE PÉNALE NON INTENTIONNELLE APPLIQUÉE À  
LA SPHÈRE D'HIPPOCRATE**

CHAPITRE 1

LES CONTOURS DE L'ANCIENNE FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE

CHAPITRE 2

LA MUTATION DE LA FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE

\*

**PARTIE 2**

**L'APPLICATION DE LA FAUTE PÉNALE NON INTENTIONNELLE AU MONDE  
MÉDICAL**

CHAPITRE 1

LA BICÉPHALITÉ DE LA FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE

CHAPITRE 2

LE TEMPS DES MAUX VINGT ANS APRÈS LA LOI FAUCHON



## Introduction

---

Macroton, médecin, à Sganarelle : « *Monsieur, dans ces matières-là, il faut procéder avec circonspection et ne rien faire comme on dit à la volée d'autant que les fautes qu'on y peut faire sont selon notre maître Hippocrate d'une dangereuse conséquence.* »<sup>1</sup>. Bahis, du même corps professionnel, poursuit : « *Il est vrai. Il faut bien prendre garde à ce qu'on fait. Car ce ne sont pas ici des jeux d'enfant ; et quand on a failli, il n'est pas aisé de réparer le manquement, et de rétablir ce qu'on a gâté. Experimentum periculosum*<sup>2</sup>. *C'est pourquoi il s'agit de raisonner auparavant, comme il le faut, de peser mûrement les choses, de regarder le tempérament des gens, d'examiner les causes de la maladie et de voir les remèdes qu'on y doit apporter.* »<sup>3</sup>.

Ces personnages auxquels Molière a donné vie à travers la pièce de théâtre *L'amour médecin*, font l'éloge d'un homme à qui, dit-on communément, qu'il ne faut rien cacher de son cas : le médecin. Lecteurs et lectrices, il vous faut savourer ces dires qui demeurent rarissimes dans les écrits du dramaturge. Molière se place en effet comme fervent blâmeur des médecins envers qui, en 1665, le peuple se méfie. Il faut dire qu'au XVII<sup>e</sup> siècle, le lavement et la saignée ne font pas l'unanimité et se révèlent insuffisants pour guérir les malades. Cependant, il est une réalité irréfragable selon laquelle le médecin, praticien exerçant tous les actes de diagnostic, de prévention ou de traitement, mais qui ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, soit donner des soins, soit formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent des connaissances, son expérience, ou les moyens dont il dispose<sup>4</sup>, est indispensable aux profanes.

Néanmoins, s'il est légitime de croire que le médecin existe depuis la nuit des temps, il n'a pas toujours demeuré professionnel du corps médical. En effet, le « médecin » d'aujourd'hui était autrefois guérisseur ou simple soigneur.

---

<sup>1</sup> MOLIÈRE, *L'amour médecin*, Acte II, Scène V, Comédie, Ligarán, 1872, p. 28.

<sup>2</sup> Fragment du premier aphorisme d'Hippocrate « La vie est courte, l'art est long ».

<sup>3</sup> MOLIÈRE, *L'amour médecin*, Acte II, Scène V, Comédie, Ligarán, 1872, p. 28.

<sup>4</sup> CALLU Marie-France, GIRER Marion et ROUSSET Guillaume, *Dictionnaire de droit de la santé*, Paris, LexisNexis, 2017, p. 255.

C'était donc l'Homme en tant que tel, qui, pendant longtemps et avec les moyens dont il disposait, a eu pour principal objectif de soigner, sinon de guérir. Les hommes du néolithique soignaient ou au moins soulageaient déjà leurs blessures seuls<sup>5</sup>. Mais cela n'était pas tâche facile. Parallèlement à l'évolution de l'Homme, la médecine s'est développée. Dans le monde antique, il n'est plus question de se soigner seul. Naît alors la profession de médecin, qui laisse la vie d'un homme malade dépendre des agissements d'un autre. Les grecs affichent leur attachement à la religion et à la magie par le biais des incantations<sup>6</sup>. Intervenant à titre principal sur les blessés de guerre, le médecin est qualifié dans l'Iliade d' « *homme qui en vaut à lui tout seul beaucoup d'autres, lorsqu'il s'agit d'extraire des flèches ou de répandre sur les plaies des remèdes apaisants* »<sup>7</sup>. Vers 460 av. J-C., Hippocrate, médecin grec, marque l'histoire de la médecine par sa modernité, en rejetant toute notion sacrée pour affirmer la causalité naturelle des maladies. L'absence de sacralité dans le processus de guérison du malade laisse perplexe nombre de civilisations. Puisque la guérison ne dépend plus du divin, il convient de s'inquiéter du rôle du médecin dans celle-ci.

La méfiance des profanes laisse ainsi se dessiner la volonté d'encadrer les pratiques médicales. Attachée au corps, la matière médicale est originale, technique et complexe. La place conférée à l'aléa est telle que, dès l'Antiquité, en Grèce, des écoles de médecines appelées « *Hétairies* » regroupent l'ensemble des médecins dont une partie forme un « bureau » chargé de rendre des décisions et de contrôler la profession<sup>9</sup>. Victime de son essor, le médecin de robe se distingue même au Moyen-Âge du chirurgien et du barbier<sup>10</sup>. Les multiples facettes de l'exercice de la profession médicale viennent contraindre les civilisations à instaurer effectivement un contrôle. L'Histoire témoigne de cet engouement pour la surveillance lorsque notamment, les civilisations ont cherché à mettre en place diverses réglementations, fixant des limites à l'activité médicale.

Règlementations impliquent restrictions, sanctions, donc intervention d'une autorité légitime ayant les pouvoirs de réprimer les comportements qui dépassent le cadre du bon exercice de la médecine.

---

<sup>5</sup> PIN Rémi, JOSSET Patrick, « Y-avait-il des médecins à la préhistoire ? », *Musée de l'Homme*.

<sup>6</sup> OLMER Fabienne, « La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques », *Sociétés et Représentations*, 2009, vol.2, n°28, p.153-172.

<sup>7</sup> Ibid. v. HOMÈRE, *Iliade*, XI, 514-51.

<sup>8</sup> OLMER Fabienne, « La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques », *Sociétés et Représentations*, 2009, vol.2, n°28, p.153-172.

<sup>9</sup> POUILLARD Jean, « Histoire de l'ordre national des médecins français », 2012, Ordre National des Médecins.

<sup>10</sup> Ibid.

Et il n'est d'autre droit qui soit plus légitime pour sanctionner le domaine médical que le droit pénal. Il est possible de l'observer dans ses formes les plus primaires au cours de l'histoire sanctionnatrice des médecins.

Dans l'Égypte antique, si, tout en suivant les préceptes du Livre Sacré, les médecins ne parviennent pas à guérir le malade, ils sont déclarés innocents et exempts de tout reproche<sup>11</sup>. Mais, s'ils agissent contrairement auxdits préceptes, ils peuvent être accusés et condamnés à mort<sup>12</sup>. Là se dessinait un principe d'obligation de moyens imposé au médecin. Ce dernier n'était pas obligé de parvenir à la guérison du malade. La sacralité guide en réalité la sanction du médecin qui échoue. Mais cette dernière n'est pas au goût de la civilisation mésopotamienne qui montre un détachement avec le monde du sacré. L'article 218 de la loi Hammourabi<sup>13</sup> dispose que l' « *on coupe les mains du médecin qui, en voulant ouvrir la taie d'un homme libre avec le poinçon de bronze, a crevé son œil ou l'a fait mourir en le traitant d'une plaie grave* »<sup>14</sup>.

Simultanément, la civilisation romaine n'exclut pas non plus la possibilité de punir les médecins à la lueur de leur négligence ou de leur impéritie, comme l'illustre la *Lex Cornelia* de Sicariis qui envisage un arsenal de crimes relatifs à l'art médical<sup>15</sup>. La négligence est l'élément cardinal qui justifie chez les Romains la punition du médecin. C'est la « *faute non intentionnelle consistant à ne pas accomplir un acte qu'on aurait dû accomplir* »<sup>16</sup>. Pour la commission d'une faute intentionnelle, le débat est clos, le médecin est puni. En revanche, lorsque le médecin commet une faute qu'il n'a pas souhaité commettre, la punition n'est pas écartée. Prenait alors forme une responsabilité du médecin pour faute non intentionnelle. Néanmoins, cette forme de responsabilité est mise de côté pendant toute la période moyenâgeuse, période marquée du sceau de l'ambiguïté. En effet, le divin force le destin de la médecine pour ne laisser aucune place à une quelconque responsabilité pénale des médecins. L'œuvre divine influence la guérison du malade qui elle-même se voit appréhender en termes de culpabilité<sup>17</sup>. Au même titre qu'une ordalie, si le malade est puni par la divine providence, le médecin est exempté de toute responsabilité, et vice-versa.

---

<sup>11</sup> HENNEQUIN Pascal, *Santé et hygiène de l'enfant dans l'Égypte ancienne*, GRIGNON Georges, Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Médecine générale, Université Henri Poincaré, 2001, p.64.

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Loi gravée sur la stèle de Diorite, roi de Babylone environ 2000 ans avant notre ère.

<sup>14</sup> LEJEUNE Charles, « La loi de Hammourabi », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 1910, VI<sup>e</sup> série, Tome 1, p.500-511.

<sup>15</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p. 21.

<sup>16</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.682, V<sup>o</sup> « Négligence ».

<sup>17</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p. 21.

Aussi aléatoire qu'une pièce tombant sur pile ou face, la justice comme l'injustice peut régner. Ce modèle fait émerger nombre de critiques tout au long du XVIII<sup>e</sup> siècle, auxquelles Molière ne manque pas de participer. Dénonçant pourtant l'impunité, la doctrine montre tout de même que « *les auteurs de l'Ancien Régime reconnaissent presque tous le principe d'une responsabilité pénale pour le praticien de l'art médical* »<sup>18</sup>. Effectivement, une « faute grave » imputable au médecin permet d'engager sa responsabilité pénale. Ce principe entache l'ensemble du Moyen-âge, laissant place aux guérisseurs jusqu'aux portes du XIX<sup>e</sup> siècle. Le médecin n'a pas place dans le cœur du peuple. Ce n'est pas le titre qui fait la différence, sinon la réussite. Concurrents illégaux des médecins, les guérisseurs portent contre leurs rivaux les plus graves accusations meurtrières<sup>19</sup>. Pourtant, « *c'est la tolérance envers les guérisseurs qui paraît la norme courante ; les poursuites ne sont que des exceptions impopulaires* »<sup>20</sup>.

Dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, le législateur n'a pas l'âme à l'encadrement de la responsabilité pénale des médecins. Non pas parce qu'elle ne paraît pas nécessaire, mais parce qu'elle paraît simplement secondaire. Ce n'est que dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle que le médecin voit sa place grandir au sein de la société, grâce aux grandes avancées de la médecine. C'est alors l'occasion d'offrir un éclaircissement quant à la responsabilité pénale des médecins. Il est louable de penser que le législateur de 1810 priorise l'établissement d'un cadre strict d'une telle responsabilité. Mais, au sein du Code pénal, il n'en n'est rien. Le Code civil de 1804 lui, n'envisageait pas meilleure responsabilité<sup>21</sup>. Cependant, bien que les condamnations de praticiens médicaux ne soient pas monnaie courante et que Napoléon certifie que « *les juges sont des machines physiques aux moyens desquelles les lois sont exécutées comme l'heure est marquée par l'aiguille d'une montre* »<sup>22</sup>, il demeure possible de condamner les médecins sur le fondement de dispositions générales de droit pénal commun<sup>23</sup>.

---

<sup>18</sup> PY Bruno, *Recherches sur les justifications pénales de l'activité médicale*, SEUVIC Jean-François, Thèse de Doctorat, Droit privé, Université de Nancy II, 1993, p.10.

<sup>19</sup> LEONARD Jacques, « Les guérisseurs en France au XIX<sup>e</sup> siècle », *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, 1980, Vol.27-3, p.501-516.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p. 22.

<sup>22</sup> CHASSAGNARD-PINET Sandrine, « Théorie du droit », *Cours magistral*, Université de Lille, Master 2 Droit privé approfondi, année universitaire 2019-2020, notes personnelles.

<sup>23</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p. 22.

Pour preuve, la chambre criminelle de la Cour de cassation affirme le 28 mai 1891<sup>24</sup> que « *les dispositions du Code pénal prévoyant les infractions sont générales et s'appliquent à toutes les professions, y compris celle de médecin* »<sup>25</sup>. Ce n'est qu'au lendemain de la Seconde guerre mondiale que la situation évolue car « *c'est [...] à partir des années 1960 que l'impunité des médecins cessera d'être extraordinaire* »<sup>26</sup>. Même si le droit pénal n'a pas bénéficié de son arrêt Mercier<sup>27</sup> qui a reconnu qu'un contrat existait entre le médecin et son client en matière civile, le droit pénal allait donner le moyen aux magistrats d'impulser un droit pénal médical.

Punir un médecin peut paraître invraisemblable, dénué de sens. Telles sont la complexité et l'incertitude que présente la matière médicale. D'ailleurs, nombreuses ont été jadis les législations qui ont ignoré ce sort. Toujours est-il que la médecine possède ces caractéristiques précisément parce que l'Homme en est l'acteur. Et si « *l'homme est un être naturellement bon, aimant la justice et l'ordre* »<sup>28</sup> et qu'« *il n'y a point de perversité originelle dans le cœur humain* »<sup>29</sup>, il n'est pas à l'abri de commettre une faute aussi minime soit-elle. En 1949, l'essai de Jacques Audibert laisse ainsi saisir le caractère du métier de médecin lorsqu'il l'intitule *Les médecins ne sont pas des plombiers*<sup>30</sup>. S'il est aisé pour un plombier de remplacer un tuyau défectueux par un neuf, il n'en va pas de même pour un médecin d'opérer un patient à cœur ouvert afin de réparer ou remplacer une valve cardiaque. Cependant les médecins font naturellement tout leur possible pour « *soulager les souffrances* »<sup>31</sup>, sans prolonger « *abusivement les agonies* »<sup>32</sup>, à en lire le serment d'Hippocrate.

Depuis 1950, les attentes des patients sont de plus en plus soutenues. La guérison n'apparaît plus comme un mythe, mais réellement comme une obligation de résultat à la charge du médecin. Ce phénomène conduit ce dernier à intervenir de façon accrue et plus précise sur les patients, avec la nécessité de ne commettre aucune faute.

---

<sup>24</sup> Cass. Crim., 28 mai 1891, Bull. n°210.

<sup>25</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, Préf. SAFRAN Denis, p.11.

<sup>26</sup> MISTRETTA Patrick, *Le droit français à l'aune du droit comparé : pour un droit pénal médical rénové ?*, 1<sup>ère</sup> édition, Institut Universitaire Varenne, 2017, Coll. Colloques & Essais, Vol. 42, p.23.

<sup>27</sup> BERT Daniel, « Feu l'arrêt Mercier ! », *Rec. Dalloz*, 2010, p.1810.

<sup>28</sup> BERCHTOLD Jacques, « Jean-Jacques, l'homme selon la nature », *Dix-huitième siècle*, 2013, n°45, p. 231-247.

<sup>29</sup> Ibid.

<sup>30</sup> AUDIBERTI Jacques, *Les médecins ne sont pas des plombiers*, 1<sup>ère</sup> édition, Gallimard, 1949, Coll. Blanche.

<sup>31</sup> Conseil national des médecins, V°« Le serment d'Hippocrate », 2019, [en ligne], [consulté le 29/02/2020], <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

<sup>32</sup> Ibid.

Naturellement, le médecin ou tout autre professionnel de santé, n'est pas animé par l'intention de commettre des gestes ayant des conséquences dommageables pour le patient, bien que cela puisse se produire. Autrement dit, le médecin qui commet une faute devrait ne l'avoir commise que parce qu'il « n'a pas fait exprès » selon la formule courante. Aussi, la faute constitue-t-elle un acte illicite<sup>33</sup> et se distingue-t-elle de la simple erreur qui ne peut qu'être dépourvue de volonté. La mort d'un patient ne devrait jamais résulter d'un acte intentionnel, c'est-à-dire d'une « *faute commise avec l'intention de nuire à autrui, ou plus généralement avec celle de causer un dommage* »<sup>34</sup>. Ce type de faute ne sera pas étudié, pour laisser place à l'examen de la faute non intentionnelle en droit pénal médical, comprise dans les infractions médicales non intentionnelles.

Le droit pénal médical a doucement émergé tout au long du XX<sup>e</sup> siècle<sup>35</sup>. Il constitue en France l'ensemble des règles répressives permettant et organisant la sanction pénale du médecin ayant commis une infraction, soit à l'occasion, soit dans l'exercice de sa profession<sup>36</sup>. Il est au surplus la « *juxtaposition du droit pénal et droit médical qui forment logiquement le droit pénal médical* »<sup>37</sup>. De fait, le droit pénal médical comprend tous les principes directeurs ainsi que toutes les règles de droit pénal, appliquées au domaine médical. Le droit pénal est « *en quelque sorte le squelette du droit pénal médical* »<sup>38</sup> témoignant alors de son caractère matriciel<sup>39</sup>. Véritable outil de protection de l'ordre public, le droit pénal est impulsé par le législateur et la jurisprudence qui donnent une coloration particulière au Code pénal.

En matière médicale, l'intervention du droit pénal semble pleinement justifiée au regard de l'atteinte qui peut être portée au patient par le médecin. Si tel cas se produit, l'atteinte involontaire au patient se traduit par une faute non intentionnelle correspondant à une volonté qui a été mal maîtrisée de la part de son auteur. En d'autres termes, l'auteur a effectivement voulu exécuter son geste, mais n'a eu ni la volonté, ni la conscience criminelle de son acte.

---

<sup>33</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.451, V<sup>o</sup> « Faute ».

<sup>34</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.452, V<sup>o</sup> « Faute -\*Intentionnelle ».

<sup>35</sup> MISTRETTA Patrick, *Le droit français à l'aune du droit comparé : pour un droit pénal médical rénové ?*, 1<sup>ère</sup> édition, Institut Universitaire Varenne, 2017, Coll. Colloques & Essais, Vol. 42, p.23.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.20.

<sup>38</sup> MISTRETTA Patrick, *Le droit français à l'aune du droit comparé : pour un droit pénal médical rénové ?*, 1<sup>ère</sup> édition, Institut Universitaire Varenne, 2017, Coll. Colloques & Essais, Vol. 42, p.25.

<sup>39</sup> Ibid.

Dans ce cas, le médecin aura alors fait preuve d'imprudence, de maladresse, d'inattention voire de négligence<sup>40</sup>. Cette négligence entraînera le médecin, le chirurgien, l'anesthésiste ou encore le réanimateur, justiciables, dans les tréfonds de la justice.

Règne en droit pénal le principe de responsabilité du fait personnel, qui implique que celui qui a commis une infraction engage sa propre responsabilité. Tout en appliquant ce principe, le médecin qui commet une faute d'imprudence engage sa responsabilité pénale<sup>41</sup>. Ce sont les qualifications pénales d'atteintes non intentionnelles à la vie et à l'intégrité physique prévues aux articles 221-6 et 222-19 du Code pénal qui constituent le principal fondement des condamnations pénales des médecins pour imprudence<sup>42</sup>. Ces derniers opèrent un renvoi à l'article 121-3 du Code pénal de 1994<sup>43</sup>, permettant de cerner les contours de la faute d'imprudence. Texte de droit commun appliqué à la sphère médicale, la configuration actuelle de l'article 121-3 du Code pénal est le fruit de plusieurs modifications, d'abord par la loi du 13 mai 1996<sup>44</sup>, puis celle du 10 juillet 2000<sup>45</sup> dite loi « Fauchon ». Dans sa rédaction actuelle et contenu au sein du Chapitre 1<sup>er</sup> *Dispositions générales*, Titre II *De la responsabilité pénale* du Livre 1<sup>er</sup> *Dispositions générales*, l'article 121-3 du Code pénal dispose : « *Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre* »<sup>46</sup>. Le principe général est donc celui selon lequel tous les crimes et les délits sont intentionnels. Mais l'article pose des exceptions. Ainsi, lorsque la loi le prévoit, le délit est commis lorsqu'il y a « *mise en danger délibérée de la personne d'autrui*. »<sup>47</sup>. Il y a « *également délit en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement* »<sup>48</sup>. La « faute pénale d'imprudence », terminologie généralement utilisée par la doctrine, n'est pas celle qu'il conviendra d'adopter dans cette étude, puisque la faute pénale peut en effet être d'imprudence, mais également de négligence ou encore une faute de manquement. Il plaira, tout en appliquant le droit pénal au domaine médical, de parler de « faute médicale non intentionnelle », terminologie à laquelle sera rattaché le nom de la faute dont il est question.

---

<sup>40</sup> PIN Xavier, *Droit pénal général*, 11<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2020, p.204-205.

<sup>41</sup> En ce sens, CA Rouen, 1<sup>er</sup> février 2006, n°297316.

<sup>42</sup> DANTI-JUAN Michel, *Les orientations actuelles de la responsabilité pénale en matière médicale*, Paris, Ed. Cujas, 2013, Coll. Travaux de l'institut de sciences criminelles de Poitiers, n°28, p.19, « Le médecin imprudent », MISTRETTA Patrick.

<sup>43</sup> C. pén. entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1994.

<sup>44</sup> Loi n° 96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence.

<sup>45</sup> Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

<sup>46</sup> C. pén., Art. 121-3, al 1.

<sup>47</sup> C. pén., Art. 121-3, al 2.

<sup>48</sup> C. pén., Art. 121-3, al 3.

Cette faute médicale non intentionnelle se décline en deux types de fautes différents. Le médecin qui « *n'a pas accompli les diligences normales compte tenu [...] de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait* »<sup>49</sup>, peut se voir reprocher un premier type de faute médicale non intentionnelle, qui sera dite « simple ». En revanche, si le médecin, personne physique, n'a « *pas causé directement le dommage, mais [...] créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage* »<sup>50</sup>, sans prendre « *les mesures permettant de l'éviter, [il est] responsable pénalement* ». Ainsi, le médecin auteur indirect du dommage peut se voir reprocher un second type de faute médicale non intentionnelle, dite « qualifiée ». La faute médicale non intentionnelle est donc découpée en deux volets selon que la causalité est directe ou indirecte entre l'auteur et le dommage. Dans le volet indirect, la faute médicale non intentionnelle qualifiée est elle-même scindée en deux fautes distinctes. Effectivement, si le médecin viole « *de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement* »<sup>51</sup>, alors il commet une faute médicale non intentionnelle « délibérée ». Si en revanche, le médecin expose « *autrui à un risque d'une particulière gravité* »<sup>52</sup> qu'il ne pouvait « *ignorer* »<sup>53</sup>, alors lui sera reprochée la commission d'une faute médicale non intentionnelle dite « caractérisée ». Ce fondement, sous le joug duquel tombe le médecin imprudent, émane du pénaliste, réel acteur du corps législatif mais non éclairé sur les lois du corps, lois sur lesquelles il joue pourtant un rôle indispensable en droit pénal médical. Véritable chef d'orchestre, le législateur offre aux juges un travail minutieux dans l'application du droit pénal commun au monde médical. D'autant plus que la matière médicale est très exposée à la pratique des incriminations par renvoi, obligeant alors leurs lecteurs à rechercher les divers éléments constitutifs des infractions. En outre, certains auteurs s'insurgent en affirmant que le système pénal qui est appliqué au domaine médical n'est pas adapté, qu'il pèse sur les médecins comme un système « *ingrat et de mauvaise foi par avance* »<sup>54</sup>. D'autres attestent que « *si les médecins sont les principaux décisionnaires en matière de prise en charge thérapeutique, il est naturel et nécessaire qu'il y ait une responsabilisation de leur communauté, et les médecins doivent rendre des comptes de leurs actions* »<sup>55</sup>.

---

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> C. pén., Art. 121-3, al 4.

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Ibid.

<sup>54</sup> GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, Paris, L'Harmattan, 2015, Coll. Questions contemporaines, p. 22.

<sup>55</sup> Ibid. p. 28.

La pénalisation du domaine médical ne fait donc pas l'unanimité. Le législateur n'est pas intervenu en la matière depuis la loi Fauchon et il est nécessaire d'en comprendre les raisons.

Véritablement, la faute pénale non intentionnelle permet-elle de trouver un équilibre entre les nécessités répressives et l'exercice de la profession médicale ?

Lorsqu'il légifère, le législateur ne perd jamais à l'esprit la notion d'équilibre. L'équilibre est l'axe qui conduit à la pesée du rapport entre la nécessité de sanctionner un comportement pénalement répréhensible et l'adaptation de cette sanction aux destinataires de la norme. Véritable texte de droit commun, l'article 121-3 du Code pénal s'expose par essence à cette problématique d'équilibre. Le législateur a fait évoluer la faute pénale non intentionnelle appliquée à la sphère d'Hippocrate (Partie 1). À l'égard des personnes physiques, mais également des personnes morales qui seront exclues dans cette étude dans un souci de clarté et d'approfondissement de la réflexion. Aussi l'évolution de la faute pénale non intentionnelle s'est-elle figée l'année 2000 et se voit appliquée au monde médical (Partie 2) de bien des façons, toutes aussi originales que complexes.

## **PARTIE 1 L'ÉVOLUTION DE LA FAUTE PÉNALE NON INTENTIONNELLE APPLIQUÉE À LA SPHÈRE D'HIPPOCRATE**

« *La vie est courte, l'art difficile, précis le bon moment, l'expérience trompeuse, le dénouement difficile* »<sup>56</sup>. Ces dires justifient que puissent survenir des complications lorsqu'un praticien médical prend en charge un patient. De fait, il est louable qu'il soit fait dérogation au principe selon lequel tous les crimes et délits sont intentionnels<sup>57</sup>. Autrement dit, la particularité de la matière médicale excuse que soit appliqué à ses acteurs un régime de droit commun dans lequel les délits peuvent parfois être non intentionnels. Cette spécificité est contenue à l'article 121-3 du Code pénal qui prévoit la répression de la faute pénale non intentionnelle appliquée à la sphère médicale. L'article 121-3 tel que rédigé aujourd'hui est le fruit de deux réformes dont l'impact fut important et réclamé. De sorte qu'il est possible d'affirmer qu'il existe un « avant 2000 » et un « après 2000 » dont la frontière constitue une réelle mutation. Il convient alors d'étudier les contours de l'ancienne faute pénale non intentionnelle, dénommée dans cette étude « faute médicale non intentionnelle » (Chapitre 1), pour mesurer l'essence de sa mutation au cours de l'année 2000 (Chapitre 2).

---

<sup>56</sup> Hippocrate.

<sup>57</sup> C. pén., Art. 121-3, al 1.

## CHAPITRE 1 LES CONTOURS DE L'ANCIENNE FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE

La faute médicale non intentionnelle a pris une forme réelle au sein du Code pénal de 1994. Fruit de l'article 121-3 de ce dernier, il a fait l'objet de deux sursauts majeurs. L'article vit actuellement sous l'égide de la loi du 10 juillet 2000<sup>58</sup>, mais vivait avant cela, sous l'égide de celle du 13 mai 1996<sup>59</sup>. De fait, il est nécessaire de traiter de l'ancienne faute médicale non intentionnelle, particulière mais relevant tout de même du droit pénal commun. Celle-ci mérite qu'en soit établi un diagnostic (Section 1), afin de comprendre en quoi consistent sa définition et sa teneur. Comme il est également essentiel de cerner comment la faute médicale non intentionnelle fut appliquée de l'année 1996 à l'année 2000 (Section 2), années charnières pendant lesquelles le désir de mutation fut grandissant.

---

### Section 1 Diagnostic de la faute pénale non intentionnelle en matière médicale

---

La faute pénale non intentionnelle constitue un volet conséquent de la responsabilité pénale et se voit appliquée au domaine médical du fait du caractère commun de son fondement. La notion de faute pénale non intentionnelle a donc une amertume particulière qui invite à l'étudier (Paragraphe 1). Cette particularité n'a pas laissé insensible une catégorie spécifique de professionnels : les décideurs publics. Ces derniers ont en effet vu dans la rédaction de l'article 121-3 du Code pénal de 1994 une menace grave de leur sécurité juridique. Ils seront d'ailleurs à l'origine de l'impulsion de la loi du 13 mai 1996, au sein de laquelle ils ont notamment sollicité un assouplissement de la répression pénale à leur égard (Paragraphe 2), impliquant de fait une atténuation.

#### Paragraphe 1 *La notion de faute pénale non intentionnelle commise par le médecin*

Dans l'épreuve de guérison du malade, le médecin demeure constamment guidé par ce qui est communément appelé la « déontologie médicale ». Le médecin, lorsqu'il exerce son art, jouit d'une indépendance professionnelle, « *d'autant plus nécessaire que son activité touche à l'homme au plus près* »<sup>60</sup> et la déontologie médicale lui interdit de l'aliéner.

---

<sup>58</sup> Loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

<sup>59</sup> Loi n° 96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence.

<sup>60</sup> LE TOURNEAU Philippe, « Activité médicale », *Dalloz action DRC*, 2018-2019, 641.14.

La déontologie médicale constitue l'ensemble des devoirs inhérents à l'exercice de l'activité médicale professionnelle libérale et le plus souvent définis par un ordre professionnel<sup>61</sup> qu'incarne l'ordre national des médecins. L'ordre des médecins est une institution de droit privé chargée d'une mission de service public qui assure la régulation déontologique de la profession médicale<sup>62</sup>. Il veille à la protection des patients et dispose à cet égard d'instances disciplinaires<sup>63</sup>. Trois ans après sa création en 1945, est né le premier Code de déontologie médicale, édicté par le décret du 27 juin 1947<sup>64</sup>. Ce dernier est régulièrement actualisé afin de l'adapter à l'évolution des différentes législations avec lesquelles il doit être mis en conformité<sup>65</sup>. Effectivement, le code de déontologie médicale doit naturellement être conforme aux normes constitutionnelles supérieures ou conventionnelles, ainsi qu'aux principes généraux du droit<sup>66</sup>. D'ailleurs, la déontologie médicale repose sur des principes suffisamment généraux, stables et plastiques<sup>67</sup>, pour pouvoir accompagner les mœurs dans leur évolution.

S'il est important d'évoquer ce texte, c'est parce qu'issu du grec « *logos* » (le discours) et « *deontos* » (ce qui doit être fait)<sup>68</sup>, la déontologie rythme l'activité médicale. La déontologie médicale est connue pour être traduite dans le célèbre serment d'Hippocrate et constitue une réelle doctrine à l'encontre de laquelle les médecins et autres professionnels de santé ne peuvent aller. Même si le serment est dépourvu de valeur juridique, il est considéré comme fondateur de la déontologie médicale<sup>69</sup> et constitue une vraie source de réflexion quant aux devoirs des médecins face à leurs patients. Partant de cet écrit, les médecins certifient « *Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. [...] Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences* »<sup>70</sup>. De fait, chaque médecin ou autres professionnels de santé doivent faire selon la formule commune, « tout ce qui est en leur pouvoir » pour soigner leur patient, sinon le guérir.

---

<sup>61</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.329, V° « Déontologie ».

<sup>62</sup> Conseil national de l'ordre des médecins, V° « L'ordre des médecins ».

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale.

<sup>65</sup> LAURENT Dominique, « La déontologie médicale en 2015 », *Les tribunes de la santé*, 2015, Vol.3, n°48, p.23-32.

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> TRUCHET Didier, « Télémedecine et déontologie », *RDSS*, 2020, p.44.

<sup>68</sup> LAURENT Dominique, « La déontologie médicale en 2015 », *Les tribunes de la santé*, 2015, Vol.3, n°48, p.23-32.

<sup>69</sup> CNOM

<sup>70</sup> CNOM, V° « Le serment d'Hippocrate ».

Cependant, l'homme n'est pas infailible. L'homme commet par nature des manquements, des écarts, des imprudences, des négligences, bref, des fautes. Mais bien que le médecin soit autorisé à porter légitimement atteinte à l'intégrité physique<sup>71</sup> de son patient par l'acte de soin, il ne peut cependant pas rester impuni lorsqu'il commet une faute, même accidentelle.

Paradoxalement, l'article 121-3 alinéa premier du Code pénal de 1994 dispose : « *Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre* »<sup>72</sup>. Ce principe ne figurait pas au sein du Code de l'instruction criminelle et pour cause, « *les comportements non intentionnels ne révèlent pas un comportement antisocial, un danger grave pour la société, alors même que le droit pénal est fait pour réparer les atteintes aux valeurs essentielles que la société s'est données.* »<sup>73</sup>. Donc les crimes et délits sont forcément intentionnels. Néanmoins, le Code pénal relativise le principe dans son alinéa 2 qui énonce : « *Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas d'imprudence, de négligence ou de mise en danger délibérée de la personne d'autrui* »<sup>74</sup>. La loi peut ainsi prévoir qu'un délit, et non pas un crime, pourra être constitué alors qu'il a été commis sans intention coupable, c'est-à-dire sans la volonté et la conscience criminelles<sup>75</sup> de commettre l'infraction. Ainsi, le médecin, même sans avoir l'intention de commettre un délit, peut faire l'objet de poursuites pénales au titre de la faute pénale non intentionnelle. Cette faute pénale non intentionnelle suppose la réunion de trois éléments, à savoir une faute, un dommage et un lien de causalité entre ceux-ci.

Une fois ce cadre posé, le législateur précise que les cas dans lesquels il y a délit sont « *l'imprudence* », la « *négligence* » ou la « *mise en danger délibérée de la vie d'autrui* ». Constituent ainsi des délits non intentionnels les incriminations prévues aux articles 221-6 et 222-19 du Code pénal, respectivement l'homicide involontaire et les blessures involontaires. Effectivement, ces mêmes termes d'imprudence et de négligence y sont également employés.

---

<sup>71</sup> CEDRAS Jean, AGRAM Séverine, BADRI Béatrice et al., « La responsabilité pénale du médecin », *Revue juridique de l'Ouest*, 1996, n°spécial, p.119-138.

<sup>72</sup> C. pén., 1994, Art. 121-3, al 1.

<sup>73</sup> Sénat, « Proposition de loi relative à la définition des délits non intentionnels », présenté par la Commission des Lois ayant mis en place en son sein un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions relatives à la responsabilité pénale des élus locaux, [en ligne], [consulté le 25/03/2020], <https://www.senat.fr/rap/199-177/199-1771.html>

<sup>74</sup> C. pén., 1994, Art. 121-3, al 2.

<sup>75</sup> ARCHER Frédéric, « Criminologie », *Cours magistral*, Université de Lille, Master 1 Droit privé, année universitaire 2018-2019, Nt. Personnelles.

Et tout en maintenant la définition de l'élément moral déjà consacrée par le code antérieur à celui de 1994, les articles fustigent<sup>76</sup> également l'« *inattention* » et le « *manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements* »<sup>77</sup>. Mais la doctrine s'accorde sur le fait qu'il s'agit « *grosso modo des mêmes situations, et qu'autant de précisions n'étaient pas nécessaires* »<sup>78</sup>. Bien que les articles 221-6 et 222-19 du Code pénal ne fassent pas référence directement à l'article 121-3 du même code de 1994, ils donnent ensemble, non pas une définition de la faute non intentionnelle, mais les conduites caractéristiques de celle-ci.

En effet, la faute pénale est, par opposition au dol, qui est propre à la matière civile, un « *élément psychologique (moral) des infractions non intentionnelles ; dans les atteintes involontaires à l'intégrité corporelle, la faute consiste en une imprudence, négligence, maladresse, inobservation des règlements* »<sup>79</sup>. La faute médicale non intentionnelle, qui n'est autre que la faute pénale non intentionnelle appliquée à l'art médical et pénalement sanctionnée, est commise « *soit lors de la réalisation de l'acte médical, soit à l'occasion du suivi médical, ces deux types de fautes pouvant se conjuguer* »<sup>80</sup>. Elle se distingue notamment de l'erreur qui vraisemblablement semble difficile à différencier dans le domaine médical, là où « *l'erreur elle-même est indissociable de la notion de risque* »<sup>81</sup>. L'erreur constitue le fait de se tromper<sup>82</sup>. La différence réside dans le fait que l'erreur ne peut être commise avec intention, là où la faute, dans sa considération pénale, ne peut demeurer que non intentionnelle.

La faute peut donc consister, dans une première acception, en une imprudence. L'imprudence est une « *espèce de faute non intentionnelle, source de responsabilité civile ou pénale, qui se distingue de la négligence par l'initiative qu'elle suppose.* »<sup>83</sup>. Le terme « espèce » montre que l'imprudence est bel et bien un « type » de faute non intentionnelle. L'imprudence est définie par rapport à la négligence et se distingue en ce que le médecin n'a pas eu la même initiative à l'origine de la faute.

---

<sup>76</sup> SÉRIAUX Alain, « L'appréciation de la faute pénale d'imprudence en droit français contemporain », *RDSS*, 2017, Vol.2, n°2, p.231-246.

<sup>77</sup> C. pén., 1994, Art. 221-6, al 1 et Art. 222-19, al 1.

<sup>78</sup> CORIOLAND Sophie, « Responsabilité pénale des personnes publiques : infractions non intentionnelles », *RRPP*, 2020, p.145-209.

<sup>79</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.452, V° « Faute II.(pén) ».

<sup>80</sup> FERRARI Isabelle « Le médecin devant le juge pénal », *Cour de cassation*, 1999, p.2.

<sup>81</sup> GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, L'Harmattan, 2015, Coll. Questions contemporaines, p.21.

<sup>82</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.414, V° « Erreur ».

<sup>83</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.528, V° « Imprudence ».

La chambre criminelle a eu l'occasion de montrer ce qu'elle entendait par imprudence par le biais de diverses condamnations de médecins. Constitue selon celle-ci une faute d'imprudence, le fait pour un médecin anesthésiste de s'absenter de la salle d'opération à un moment critique de l'intervention chirurgicale, afin d'effectuer dans une salle voisine une autre anesthésie<sup>84</sup>. Le patient est décédé de troubles cardiaques après que l'infirmière lui eut administré une nouvelle dose d'anesthésique parce qu'il s'était réveillé de façon précoce<sup>8586</sup>. A également été sanctionnée « *l'imprudence du médecin gynécologue qui retarde de manière excessive la décision de pratiquer une césarienne malgré les tentatives infructueuses d'accouchement par ventouse puis forceps et les anomalies du rythme cardiaque du fœtus. Il s'en est suivi pour l'enfant des lésions cérébrales sévères consécutives à une asphyxie périnatale* »<sup>8788</sup>. L'imprudence s'apparente alors à la violation d'un devoir qui est réalisée soit par un acte positif, soit par un acte négatif, c'est-à-dire une abstention, et de façon plus ou moins consciente<sup>89</sup>.

Par comparaison, la négligence qui elle est définie comme une « *faute non intentionnelle consistant à ne pas accomplir un acte qu'on aurait dû accomplir, source de responsabilité civile ou parfois pénale* », s'entend *a priori* d'une abstention de faire. Pour la chambre criminelle, la négligence est en effet constituée lorsqu'un chirurgien et un anesthésiste s'abstiennent d'ordonner le transfert d'une patiente dans un CHU alors que cela s'imposait dès lors qu'étaient constatées l'insuffisance des possibilités techniques de l'hôpital local et la divergence de leurs diagnostics<sup>90</sup>. La négligence est également caractérisée lorsqu'un médecin anesthésiste quitte la salle d'opération pendant plusieurs minutes à deux reprises, sans confier la surveillance de l'anesthésie à une personne qualifiée, créant ainsi « *un risque, qui s'est par la suite révélé mortel, et en négligeant d'en empêcher les effets par son absence en grande partie injustifiée et, de toute manière, en contradiction avec les règlements en la matière* »<sup>91</sup>. L'imprudence se distingue donc de la négligence puisqu'elle consiste en une action du médecin qui a pu être retardée ou qui a été réalisée à un moment qui n'était pas propice à sa réalisation, telle qu'une prise de décision, et qui a entraîné des conséquences dommageables pour le patient.

---

<sup>84</sup> FERRARI Isabelle « Le médecin devant le juge pénal », *Cour de cassation*, 1999, b) L'imprudence, p.3.

<sup>85</sup> Ibid.

<sup>86</sup> Cass. crim., 26 novembre 1997, Sansous, Resp civ et ass 1998, n°250.

<sup>87</sup> FERRARI Isabelle « Le médecin devant le juge pénal », *Cour de cassation*, 1999, b) L'imprudence, p.3.

<sup>88</sup> Cass. crim., 3 décembre 1997, Mignon, Resp civ et ass 1998, n°254.

<sup>89</sup> CORIOLAND Sophie, « Responsabilité pénale des personnes publiques : infractions non intentionnelles », *RRPP*, 2020, p.145-209.

<sup>90</sup> Cass. crim., 19 février 1997, Bull. n°67.

<sup>91</sup> Cass. crim., 30 octobre 1996, n°96-80.263.

Là où la négligence ne peut constituer qu'une abstention de la part du médecin. Elles se distinguent effectivement par l'initiative qu'elles supposent. Mais en réalité, l'imprudence et la négligence se rattachent, la négligence constituant en quelque sorte le « *volet négatif de l'imprudence* »<sup>92</sup>.

Les juges du fond vont alors rechercher si le professionnel de santé a commis une imprudence ou une négligence en se référant au comportement d'un « bon professionnel », voire aux « règles de l'art »<sup>93</sup>. Parce qu'il n'existe pas en 1994 de définition claire de l'élément moral des infractions prévues aux articles 221-6 et 222-19 du Code pénal, les juges ne sont pas « guidés » dans les éléments d'appréciation de l'élément moral et pour cause, « aucune de ces dispositions ne se référerait, expressément ou tacitement, à la nécessité d'établir que « l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait » »<sup>94</sup>. Mais ce temps d'incertitude marqué par le manque de données analytiques de l'élément moral des articles 121-3, 221-6 et 222-19 du Code pénal fut court. L'absence de précision des textes entraîne *de facto* l'insécurité juridique des justiciables auxquels ils sont appliqués. Plusieurs catégories de justiciables – par-là il faut entendre, catégories professionnelles – ont dénoncé une « mise en jeu très aisée de la responsabilité pénale pour des faits non intentionnels »<sup>95</sup>.

Parmi ces justiciables, les décideurs publics furent les plus grands dénonciateurs. En effet, la question de la responsabilité pénale des élus locaux traîne depuis longtemps dans les dossiers du Sénat. Elle soulève de nombreux débats, notamment au sujet des infractions non intentionnelles et de la faute qu'elles entraînent. Les élus locaux ont parfois « trop souvent » fait l'objet de condamnations, les plongeant selon eux dans des situations de « *malaise* »<sup>96</sup>.

---

<sup>92</sup> CORIOLAND Sophie, « Responsabilité pénale des personnes publiques : infractions non intentionnelles », *RRPP*, 2020, p.145-209.

<sup>93</sup> Ibid.

<sup>94</sup> SÉRIAUX Alain, « L'appréciation de la faute pénale d'imprudence en droit français contemporain », *RDSS*, 2017, Vol.2, n°2, p.231-246.

<sup>95</sup> Sénat, « Proposition de loi relative à la définition des délits non intentionnels », présenté par la Commission des Lois ayant mis en place en son sein un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions relatives à la responsabilité pénale des élus locaux, [en ligne], [consulté le 25/03/2020], <https://www.senat.fr/rap/199-177/199-1771.html>

<sup>96</sup> MASSOT Jean, *La responsabilité pénale des décideurs publics*, La documentation Française, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, 2000, Collection des rapports officiels, Rapport au garde des Sceaux, p.3.

Les médecins n'en considèrent pas moins violente la procédure qui eux, la qualifient d'« infamante »<sup>97</sup>. Ainsi, un groupe de travail au Sénat a été mis en place afin d'apporter certaines réflexions, qui conduiront notamment à l'adoption de la loi du 13 mai 1996<sup>98</sup>.

*Paragraphe 2 Le vœu d'un assouplissement de la répression par les décideurs publics*

Dès l'entrée en vigueur du Code pénal de 1994, les agents publics de l'État et des collectivités<sup>99</sup>, les « décideurs publics » ont crié leur désarroi face à l'absence de sécurité juridique que conférait la lettre de l'article 121-3. Selon ces derniers, ledit article n'offrirait pas de définition claire de la faute pénale non intentionnelle, portant ainsi atteinte au principe de clarté de la loi et, par là même, à leur statut et, au combien particulier, les amènerait « trop fréquemment » devant les juridictions pénales. Et aux côtés des décideurs publics, parce qu'ils ne furent pas les seuls à dénoncer ces difficultés, figuraient aussi les médecins. En effet, les médecins furent nombreux à s'exprimer « *sous la forme d'une antienne* » pour dénoncer le fait que « *leur exercice professionnel inclurait désormais le risque de procès que leur intenteraient avec une grande facilité des patients toujours plus exigeants* »<sup>100</sup>. Si nombre d'acteurs manifestent leur déception face à la terminologie de l'article 121-3 du Code pénal, c'est parce qu'il a une portée générale. Il a en effet vocation à s'appliquer à tout justiciable et ne confère donc pas de régime spécial ni aux décideurs publics, ni au corps médical. Néanmoins, certaines réprobations de la part de ces deux corps semblaient justifiées. Effectivement, bien que le Code pénal de 1994 se soit efforcé d'apporter une certaine rigueur au sein de l'élément moral de l'infraction<sup>101</sup>, la seule faute non intentionnelle, la plus légère qui soit, suffisait à engager leur responsabilité pénale, comme civile<sup>102</sup>. Il est aisé de saisir la portée des conséquences qu'engendrent l'une et l'autre sortes de responsabilité. Le problème étant que les finalités de ces deux branches du droit sont très différentes de l'une et l'autre.

---

<sup>97</sup> THOUVENIN Dominique, « Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? », *Sciences sociales et santé*, 2006, Vol.24, n°2, p.35-42.

<sup>98</sup> Loi n° 96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence.

<sup>99</sup> MASSOT Jean, *La responsabilité pénale des décideurs publics*, La documentation Française, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, 2000, Collection des rapports officiels, Rapport au garde des Sceaux, p.3.

<sup>100</sup> THOUVENIN Dominique, « Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? », *Sciences sociales et santé*, 2006, Vol.24, n°2, p.35-42.

<sup>101</sup> CARTIER Marie-Élisabeth, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, n°4, p.725.

<sup>102</sup> CONTE Philippe, *Droit pénal spécial*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.54.

Le droit pénal punit l'auteur d'un comportement qui a réellement ou potentiellement perturbé l'ordre public, indépendamment de toute considération du préjudice subi par la victime<sup>103</sup>, là où le droit civil lui, répare le préjudice subi par une victime. La fonction du droit pénal est donc sanctionnatrice et celle du droit civil est réparatrice. Alors les décideurs publics et médecins fustigeaient les pratiques régulières qui consistaient pour les victimes à se tourner vers le droit pénal, plus lourd de conséquences que le droit civil. À cette critique s'en est ajoutée une deuxième, selon laquelle l'application faite de l'article 121-3 du Code pénal par les juges du fond faciliterait les condamnations d'élus locaux ou de médecins. Ce dernier prévoit qu'« *Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre. Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas d'imprudence, de négligence ou de mise en danger délibérée de la personne d'autrui. Il n'y a point de contravention en cas de force majeure.* »<sup>104</sup>. Aucun élément d'appréciation ne permet de guider les juges dans l'appréciation qui doit être menée. Ainsi, ces derniers n'avaient qu'à caractériser objectivement l'existence et la certitude de lien de causalité entre l'auteur et le dommage, pour que soit engagée la responsabilité de n'importe quel justiciable sur ce fondement.

Face à ces mécontentements, une proposition de loi relative à la protection pénale des exécutifs locaux à raison des actes commis dans l'exercice de leurs fonctions<sup>105</sup> fut déposée au Sénat le 18 avril 1995<sup>106</sup>. Celle-ci dispose entre autres que « *les dispositions législatives en vigueur méritent d'être adaptées avant que les progrès de la jurisprudence ne consacrent de réels abus, déjà propres à tarir le recrutement de nos conseils* »<sup>107</sup> mais prend le temps de rappeler que « *les maires n'entendent nullement se soustraire à leurs responsabilités. Ils demandent simplement à être jugés à l'aune de leurs moyens, de leurs pouvoirs réels et compte tenu du caractère particulier de leurs fonctions* »<sup>108</sup>.

---

<sup>103</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.1.

<sup>104</sup> C. pén., Version en vigueur du 1<sup>er</sup> mars 1994 au 14 mai 1996, Art. 121-3.

<sup>105</sup> Texte n° 255 (1994-1995) de M. Claude HURIET, déposé au Sénat le 18 avril 1995.

<sup>106</sup> Sénat, « Loi relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence », Les étapes de la discussion.

<sup>107</sup> Texte n° 255 (1994-1995) de M. Claude HURIET, déposé au Sénat le 18 avril 1995, p.2.

<sup>108</sup> Texte n° 255 (1994-1995) de M. Claude HURIET, déposé au Sénat le 18 avril 1995, p.3.

Pour suite, deux autres textes seront déposés au Sénat, le premier proposant de reporter la responsabilité des décideurs publics sur les districts en cas d'accidents survenus aux membres du conseil et à leur président<sup>109</sup>, le second réclamant que la condamnation pénale d'un élu local pour des faits d'imprudence ou de négligence ne puisse intervenir qu'après « *la prise en compte effective des moyens dont il disposait pour empêcher la survenance du dommage* »<sup>110</sup>. C'est en réalité ce second texte, ainsi que le rapport de M. Fauchon, fruit d'un travail avec la commission des lois ayant créé en son sein un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions relatives à la responsabilité pénale des élus locaux<sup>111</sup>, qui a impulsé un réel changement au sein de l'article 121-3 du Code pénal.

Ces derniers mentionnent effectivement l'idée selon laquelle un élu local ne pourrait être condamné pénalement pour imprudence ou pour négligence, que « *s'il est établi qu'il n'a pas accompli toutes diligences normales, compte tenu des moyens dont il disposait et des difficultés propres aux missions que la loi lui confie* »<sup>112</sup>. Le Sénat, lors de cette première lecture, a pris soin sur la proposition du gouvernement d'insérer le principe de l'appréciation *in concreto* au sein de l'article 121-3 du Code pénal pour le rendre applicable à n'importe quelle hypothèse, « *sans distinguer si le prévenu a ou non la qualité d'élu local.* »<sup>113</sup>. La proposition de loi a fait l'objet d'une deuxième lecture, laissant place à un second rapport de la commission des lois, qui laisse saisir la portée du problème de l'appréciation opérée par la jurisprudence. Il énonce notamment que « *la démarche abstraite de la jurisprudence consiste à définir le degré de prudence ou de négligence qu'on est droit d'attendre d'un élu local en ignorant la situation spécifique dans laquelle ce dernier se trouve pour se contenter d'une référence à ce qu'on aurait pu attendre d'un chef d'entreprise « normal » dans des circonstances identiques* »<sup>114</sup>. Appliquée au médecin, cette critique prend également tout son sens.

---

<sup>109</sup> Texte n° 361 (1994-1995) de M. Hubert HAENEL et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 6 juillet 1995.

<sup>110</sup> Texte n° 406 (1994-1995) de M. Jacques LARCHÉ et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 8 août 1995, p.4.

<sup>111</sup> Sénat, « Proposition de loi relative à la définition des délits non intentionnels », présenté par la Commission des Lois ayant mis en place en son sein un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions relatives à la responsabilité pénale des élus locaux, [en ligne], [consulté le 25/03/2020], <https://www.senat.fr/rap/199-177/199-1771.html>

<sup>112</sup> Texte n° 406 (1994-1995) de M. Jacques LARCHÉ et plusieurs de ses collègues, déposé au Sénat le 8 août 1995, p.4.

<sup>113</sup> Rapport n° 296 (1995-1996) de M. Pierre FAUCHON, fait au nom de la commission des lois, déposé le 27 mars 1996.

<sup>114</sup> Ibid.

La jurisprudence appréciait également la faute du médecin à la lueur de ce qu'aurait dû faire, dans les mêmes circonstances, un « bon médecin ». Donc solliciter une appréciation *in concreto* ne semble pas dénuée de sens, eu égard à la sécurité juridique de ces derniers.

C'est après une seconde lecture que fut alors adoptée la loi du 13 mai 1996<sup>115</sup> relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence. Premier sursaut de l'article 121-3 du Code pénal, c'est effectivement le droit commun qui s'est trouvé modifié. Et pour cause, le Gouvernement a préféré, pour des motifs politiques et par crainte que le Conseil constitutionnel ne censure la disposition nouvelle, « *décliner le principe en dispositions spécifiques* »<sup>116</sup> au sein de l'article même. Ainsi, l'alinéa deux a été modifié et a été créé un troisième alinéa, laissant l'article 121-3 prendre la forme suivante :

*« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre.*

*Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui.*

*Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements sauf si l'auteur des faits a accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.*

*Il n'y a point de contravention en cas de force majeure. »*<sup>117</sup>.

Par ce réagencement, le législateur a laissé se dessiner une hiérarchie dans la faute pénale non intentionnelle. En effet, le deuxième alinéa ne comporte plus le cas de l'imprudence, mais la seule mise en danger délibérée. L'imprudence a été rapatriée au troisième alinéa nouvellement créé, qui place au même rang l'imprudence, la négligence ou le manquement à une obligation de prudence ou de sécurité.

---

<sup>115</sup> Loi n° 96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence.

<sup>116</sup> BENOIT Jean, « La responsabilité pénale des élus locaux pour imprudence ou négligence après la loi du 13 mai 1996 », *Rec. Dalloz*, 1999, p.56.

<sup>117</sup> C. pén. Art. 121-3.

De fait, les exceptions faites au principe de l'alinéa premier semblent à présent s'énoncer « *dans un ordre correspondant à leur degré de gravité : la mise en danger délibérée, suivie de la faute d'imprudence simple* »<sup>118</sup>. Néanmoins, ces modifications ne semblent pas être celles qui demeuraient attendues par les initiateurs de la loi. C'est, en effet, la fin du nouvel alinéa 3 de l'article 121-3 du Code pénal qui répond de façon superficielle aux exigences de ces derniers, notamment à propos de l'appréciation de l'article. Depuis 1996, l'imprudence, la négligence ou le manquement à une obligation de prudence ou de sécurité sont des violences réprimées<sup>119</sup>, « *sauf si l'auteur des faits a accompli les diligences normales* »<sup>120</sup> et ce, « *compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait* »<sup>121</sup>. Donc le médecin ne commet pas de délit si les juges établissent que ce dernier a « accompli les diligences normales ». Ces termes ont donné lieu à de vives interrogations, notamment sur leur portée « *constitutive ou justificative* »<sup>122</sup>. La jurisprudence a affirmé dans les premiers temps de la loi du 13 mai 1996 que celle-ci posait le principe de l'appréciation *in concreto* de la faute pénale non intentionnelle et que, de fait, elle devait « *être écartée lorsque l'auteur des faits justifie d'une cause d'irresponsabilité consistant dans l'accomplissement des diligences normales [...]* »<sup>123</sup>. Donc l'accomplissement des diligences normales constituerait un fait justificatif exonérateur de responsabilité pénale. En conséquence, la charge de la preuve incomberait au prévenu qui devrait, lui-même, montrer les éléments relevant de telles diligences<sup>124</sup>. En réalité, il n'en n'est rien. Les diligences normales doivent être comprises comme « *des principes positifs de la responsabilité pénale* »<sup>125</sup> et non pas comme une immunité offerte aux élus locaux ou aux médecins. L'exercice normal de leur profession ne peut en effet les exonérer, au risque de vider de sens la lettre de l'article 121-3 du Code pénal<sup>126</sup>. Si tel était le cas, la loi de 1996 aurait créé une dépénalisation en faveur des professionnels exerçant une activité dite « à risques ».

---

<sup>118</sup> RUET Céline, « Commentaire de la loi n°96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence », RSC, 1998, p.23.

<sup>119</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 426-427.

<sup>120</sup> C. pén., Art. 121-3, al. 3.

<sup>121</sup> Ibid.

<sup>122</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 426-427.

<sup>123</sup> MAYAUD Yves, « Infractions d'imprudence ou de négligence : preuves des diligences normales », RSC, 1997, p.833, obs. TGI Lyon, 26 septembre 1996, note SEILLANVERSAILLES, 13 septembre 1996.

<sup>124</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 426-427.

<sup>125</sup> MAYAUD Yves, « Infractions d'imprudence ou de négligence : preuves des diligences normales », RSC, 1997, p.833, obs. TGI Lyon, 26 septembre 1996, note SEILLANVERSAILLES, 13 septembre 1996.

<sup>126</sup> C. pén., 1996, Art. 121-3.

Il convient donc de considérer les diligences normales « *comme participant de la nature des défaillances incriminées* » et la charge de la preuve incombe alors à la partie poursuivante qui doit faire état de toutes les circonstances correspondant aux « diligences normales »<sup>127</sup>. Le doute a été levé par la Cour de cassation qui a considéré que l'article 121-3 du Code pénal, dans sa rédaction issue de la loi du 13 mai 1996, « *n'instituait aucun fait justificatif* »<sup>128</sup>.

À ce titre, la jurisprudence a eu l'occasion de montrer ce qu'elle entendait par « diligences normales » en application de la loi du 13 mai 1996. La Cour de cassation a en effet considéré que l'absence d'un médecin anesthésiste à un moment critique de l'opération, alors que sa présence aurait permis d'éviter l'utilisation concomitante de deux produits ayant causé des troubles cardiaques et de faire le « *diagnostic d'une situation encore réversible* »<sup>129</sup>, ne relevait pas de l'accomplissement de diligences normales. La présence du médecin au moment critique de l'opération, alors qu'il avait au surplus connaissance des problèmes cardiovasculaires dudit patient, relevait d'une diligence normale que le médecin n'a pas accomplie. Cette application de la loi du 13 mai 1996 par la jurisprudence laisse percevoir que l'appréciation faite par les juges n'a pas changé d'essence. En effet, la faute médicale non intentionnelle continue de s'apprécier *in abstracto*<sup>130</sup>. Les juges ne dépassent pas le « *stade des interrogations sur ce que l'agent pouvait ou devait prévoir et faire, pour scruter sa conscience et rechercher ce qu'il savait et voulait réellement* »<sup>131</sup>. Le législateur a simplement enjoint aux juges de « *statuer par comparaison avec une personne dotée de compétences ou de missions analogues à celles du prévenu* »<sup>132</sup>.

Finalement, la loi du 13 mai 1996 a précisé les caractéristiques particulières de la faute médicale non intentionnelle, par le biais de l'article 121-3 du Code pénal, de droit commun. Ainsi, les juges du fond peuvent, s'ils sont en présence d'un prévenu exerçant une profession particulière telle que médecin, apprécier la commission de la faute pénale non intentionnelle au regard de leur statut spécifique, bien que l'appréciation demeure *in abstracto*.

---

<sup>127</sup> Ibid MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 426-427.

<sup>128</sup> Cass. crim., 14 octobre 1997, 96-83.356, Bull.

<sup>129</sup> Cass. crim., 26 novembre 1997, 97-80.069, Inédit.

<sup>130</sup> SÉRIAUX Alain, « L'appréciation de la faute pénale d'imprudence en droit français contemporain », *RDSS*, 2017, Vol.2, n°2, p.231-246.

<sup>131</sup> Ibid.

<sup>132</sup> Ibid.

Mais ces professionnels ont laissé comprendre qu'« *une loi timide est ordinairement une mauvaise loi* »<sup>133</sup>. C'est le principal grief fait à la loi de 1996. Selon les décideurs publics, cette dernière demeure inachevée et laisse demeurer l'unité de la faute médicale non intentionnelle, mettant en péril leur sécurité juridique.

---

## **Section 2 L'application de la faute médicale non intentionnelle avant la loi du 10 juillet 2000**

---

Avant la loi du 10 juillet 2000<sup>134</sup>, l'application de la faute médicale non intentionnelle est rythmée par la jurisprudence qui l'apprécie souverainement. Et la lettre de l'article 121-3 du Code pénal ne prévoit qu'une forme de faute pénale non intentionnelle appliquée à la sphère médicale. C'est sur ce point que les décideurs publics avaient notamment blâmé le législateur, qui, par l'affirmation de l'unité de la faute médicale non intentionnelle, a laissé couler une cascade de conséquences indésirables pour ces derniers (Paragraphe 1). L'unité de la faute médicale non intentionnelle affirmée, son application ne laissait pas présager meilleur avenir. En effet, l'unité de la faute médicale non intentionnelle a entraîné une unité d'appréciation de celle-ci, laissant les juges appliquer des théories doctrinales sur la causalité (Paragraphe 2), afin de parvenir à caractériser le lien de cause à effet entre la faute et le dommage.

### Paragraphe 1 *L'unité de la faute médicale non intentionnelle et ses conséquences*

Sous l'empire de la loi du 13 mai 1996, les critiques quant à l'appréciation de l'élément moral des délits non intentionnels sont vives. Si les décideurs publics se sont réjouis de l'adoption de la loi qui semble demander aux juges de rechercher concrètement si l'élu local ou le médecin a accompli les diligences normales compte tenu de ses missions, fonctions et compétences, elle paraît néanmoins laisser un goût amer.

Le législateur, en 1996, n'a pas souhaité offrir à la faute médicale non intentionnelle un visage polychromique. Il n'existe en effet qu'une typologie de la faute médicale non intentionnelle. C'est l'unité de la faute médicale non intentionnelle qu'a pris le parti d'affirmer le législateur. Néanmoins, sont pluriels les faits qui constituent cette faute.

---

<sup>133</sup> MERCIER Louis-Sébastien, *Tableau de Paris*, Nouvelle édition, 7<sup>ème</sup> T, Amsterdam, 1783, p.56.

<sup>134</sup> Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

Ainsi l'article 121-3 du Code pénal issu de la loi du 13 mai 1996 mentionne-t-il clairement quatre faits, à savoir, la mise en danger délibérée de la personne d'autrui, l'imprudence, la négligence ou le manquement à une obligation de prudence ou de sécurité<sup>135</sup>. Quatre faits auxquels s'ajoutent ceux des articles 221-6 et 222-19 du même code : l'inattention et la maladresse<sup>136</sup>. Souvent, les auteurs<sup>137</sup> parlent de « faute d'imprudence » pour viser ces six types de faits constituant une faute non intentionnelle, en donnant ce nom d'ailleurs à la faute pénale non intentionnelle dans son ensemble, mais la faute peut constituer une imprudence, autant qu'une négligence, ou qu'une maladresse. Ces différents comportements constitutifs de la faute médicale non intentionnelle sont soumis à l'appréciation souveraine des juges qui doivent établir si le médecin a ou non fait preuve d'imprudence, d'inattention, de négligence, etc.

Quand bien même le législateur a fait le choix d'instaurer un degré dans la faute médicale non intentionnelle en plaçant la mise en danger délibérée de la personne d'autrui au sein du deuxième alinéa de l'article 121-3 du Code pénal, avant les trois autres comportements, cette forme de faute n'en n'est pas moins soumise à la même appréciation. L'unité de la faute médicale non intentionnelle implique en effet une unité d'appréciation, une appréciation identique pour tous les comportements. Par cette appréciation unique, le législateur a laissé courir ce que les décideurs publics et la doctrine redoutaient, à savoir, une appréciation *in abstracto* de la faute médicale non intentionnelle. Et ce « *mode de raisonnement ne se ramène pas [ ...] à juger dans l'abstrait sans tenir compte de la conjoncture singulière de l'espèce. Il fait seulement abstraction de données particulières aux sujets en cause, non des circonstances qui leur sont extérieures et qui caractérisent une situation* »<sup>138</sup>. Ainsi, l'introduction de la formule « *diligences normales* » au sein de l'article 121-3 du Code pénal n'a pas révolutionné l'appréciation des juges. En définitive, il n'y a pas de réelle innovation puisque les juges doivent toujours « *faire référence à une norme de comportement modulée en fonction des circonstances et des caractéristiques de l'agent* »<sup>139</sup>.

---

<sup>135</sup> C. pén., 1996, Art. 121-3, al. 2 et 3.

<sup>136</sup> C. pén., 1996, Art. 221-6 et Art.222-19, al. 1.

<sup>137</sup> RUET Céline, « Commentaire de la loi n°96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence », *RSC*, 1998, p.2.

<sup>138</sup> *Ibid.*

<sup>139</sup> PELLIER Jean-Denis, *Le principe de l'unité des fautes civile et pénale à l'épreuve de la loi du 10 juillet 2000*, DI MARINO Gaëtan, Mémoire pour le Diplôme de Maîtrise en droit privé, sciences criminelles et justice, Droit privé, Université Paul Cézanne – Aix-Marseille III, 2004-2005, p.12.

L'une des principales causes de cette stagnation réside dans le fait que le « *législateur a entendu « achever » la suppression des délits « matériels » ou « contraventionnels », caractérisés par la seule commission matérielle des faits incriminés.* »<sup>140</sup>.

Une autre raison vient en appui de la première. Effectivement, la loi du 13 mai 1996 n'a pas non plus, alors que cela était attendu, opéré de réelle distinction entre les fautes civile et pénale. La commission des lois avait pourtant retenu que le principe de l'unité des fautes civile et pénale participait à l'inflation de la répression pénale à l'égard des décideurs publics et, il faut le constater, à l'égard des médecins également. Cette inflation est due à un phénomène lourd de conséquences et dont les victimes sont les principales actrices. Mais il convient au préalable de rappeler qu'antérieurement, la dualité des fautes civile et pénale régnait.

En effet, tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, la Cour de cassation a opté pour le principe de la dualité des fautes civile et pénale. Il était clairement admis que la faute figurant aux articles 319 et 320 du Code pénal de 1810 devait présenter un certain seuil de gravité et que si le juge pénal écartait cette faute, pouvait subsister une faute plus légère au rang des articles 1382 et 1383 du Code civil<sup>141</sup>. La Cour de cassation a considéré dans un arrêt du 15 avril 1889<sup>142</sup>, que « *l'action en réparation de dommages, fondée sur les articles 1382 et 1383 du Code civil, ne se confond pas avec l'action résultant du délit de blessures par imprudence, fondée sur les articles 319 et 320 du Code civil ; [...] il appartient au juge de décider, d'après les circonstances du fait et de la gravité de l'imprudence alléguée, si cette imprudence constitue un délit punissable d'une peine correctionnelle ou une simple faute ne donnant ouverture qu'à une action civile en dommages-intérêts* »<sup>143</sup>. Mais cette considération pour la dualité des fautes civile et pénale n'a pas duré puisqu'en 1912, la Chambre civile a consacré le principe de l'unité des fautes civile et pénale, admettant que « *la légèreté de la faute commise ne peut pas avoir d'autres effets que d'atténuer la peine encourue* »<sup>144</sup>.

---

<sup>140</sup> RUET Céline, « Commentaire de la loi n°96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence », *RSC*, 1998, p.2.

<sup>141</sup> GIUDICELLI André, « La déclaration par le juge répressif de l'absence de faute pénale non intentionnelle ne fait pas obstacle à ce que le juge civil retienne une faute civile d'imprudence ou de négligence », *RSC*, 2001, p.613.

<sup>142</sup> Ibid.

<sup>143</sup> Ibid.

<sup>144</sup> Cass. civ., 18 décembre 1912, BROCHET et DESCHAMPS, Inédit.

Sur ce même schéma, la Chambre criminelle s'est alignée<sup>145</sup> pour considérer que la faute pénale non intentionnelle se confond avec la faute quasi délictuelle civile<sup>146</sup>. Dès lors, l'argument selon lequel il y aurait une inflation des condamnations des médecins est fondé, puisque la loi du 13 mai 1996 n'a pas changé cette unité des deux fautes.

Cependant, les responsabilités civile et pénale, bien qu'elles doivent être distinguées, ne sont pas complètement indissociables<sup>147</sup>. Et pour cause. À chaque fois qu'un médecin commet une faute non intentionnelle générant un dommage, il y a de la place à la fois pour une responsabilité pénale et pour une responsabilité civile<sup>148</sup>. La victime se voit offrir en quelque sorte un *forum shopping* national, entre les juridictions civiles et les juridictions pénales. Autrement dit, la victime va saisir la juridiction qui sera en mesure de répondre le plus fidèlement à ses propres intérêts, ce qui s'apparente à « *choisir un tribunal comme on choisit d'entrer dans une boutique pour faire ses emplettes* »<sup>149</sup>. Ce choix procédural a de lourdes conséquences. Si le dommage a pour origine une infraction, la victime peut agir devant les juridictions civiles ou devant les juridictions répressives. Lorsque cette dernière choisit la deuxième option, elle se voit dédouanée de la charge de la preuve qui incombe au Ministère public<sup>150</sup>. Alors que, si la victime agit devant les tribunaux civils, c'est à cette dernière d'apporter la preuve que le médecin n'a pas accompli les diligences normales lui incombant.

Lorsque la victime agit devant le juge répressif, le médecin, poursuivi du chef d'homicide ou de blessures involontaires court donc un risque très élevé de condamnation. D'abord parce que la victime se décharge de la preuve, qu'elle ne doit pas apporter, ensuite parce que le juge peut être tenté de relever la moindre petite faute pénale afin de faciliter l'octroi de dommages et intérêts à la victime. Se dégage par cette pratique une tendance à la banalisation, à la généralisation de la responsabilité pénale médicale<sup>151</sup>.

---

<sup>145</sup> Cass. crim., 6 juillet 1934, GOURON.

<sup>146</sup> PELLIER Jean-Denis, *Le principe de l'unité des fautes civile et pénale à l'épreuve de la loi du 10 juillet 2000*, DI MARINO Gaëtan, Mémoire pour le Diplôme de Maîtrise en droit privé, sciences criminelles et justice, Droit privé, Université Paul Cézanne – Aix-Marseille III, 2004-2005, p.12.

<sup>147</sup> CONTE Philippe, MAISTRE DU CHAMBON Patrick et FOURNIER Stéphanie, *La responsabilité civile délictuelle*, 1<sup>ère</sup> édition, Presses universitaires de Grenoble, 2015, Coll. Droit en +, p.9-34.

<sup>148</sup> Ibid.

<sup>149</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.477. V° « Forum ».

<sup>150</sup> CONTE Philippe, MAISTRE DU CHAMBON Patrick et FOURNIER Stéphanie, *La responsabilité civile délictuelle*, 1<sup>ère</sup> édition, Presses universitaires de Grenoble, 2015, Coll. Droit en +, p.9-34.

<sup>151</sup> BAUDRY-MERLY Annabelle, « La responsabilité civile, un aspect de la responsabilité médicale », *Revue juridique de l'Ouest*, 1999-1. La responsabilité médicale: vers une dérive à l'américaine. pp. 15-32.

Au surplus, le juge civil sursoit à statuer jusqu'à ce qu'une décision pénale intervienne, en vertu du principe selon lequel « *le criminel tient le civil en l'état* »<sup>152</sup>. C'est alors l'autorité de la chose jugée qui est en cause, au cœur du problème. Soit le juge pénal décide de rechercher des débris de faute médicale non intentionnelle et condamne le médecin, soit il décide de laisser le juge civil octroyer des dommages et intérêts à la victime afin de la réparer. Sachant que la condamnation pénale pour un médecin a de plus lourdes conséquences que la sanction civile, il est louable de se demander pourquoi le législateur a souhaité garder cette identité des fautes civile et pénale.

Enfin, en pratique, « *il est indiscutable qu'en raison même du postulat de l'identité des fautes pénale et civile, le juge répressif est conduit à se placer dans la perspective civiliste et à faire abstraction de l'optique spécifiquement pénale. Il sait que son jugement sur l'action publique commandera l'indemnisation de la victime par la juridiction civile, lorsque celle-ci est saisie séparément. Il sait que s'il relaxe le prévenu il privera la victime de tout droit à réparation. Sa décision est donc fâcheusement déterminée par l'aspect civil du problème. C'est extrêmement regrettable, car il peut arriver qu'une faute d'imprudence soit négligeable au regard de l'ordre public sans que pour autant les intérêts civils de la victime doivent être sacrifiés.* »<sup>153</sup>.

L'unité de la faute médicale non intentionnelle et l'unité des fautes civile et pénale n'ont pas fait l'unanimité. De surcroît, elles ont participé à la systématisation des condamnations pénales. Mais ces unités ne sont pas les seules à avoir contribué à ce phénomène. Les juges ont été peu à peu amenés à s'intéresser à la doctrine florissante autour de l'appréciation et de l'application de la faute médicale non intentionnelle. Cet intérêt a conduit les juges à appliquer, pour caractériser la faute et son lien de causalité avec le dommage, des théories doctrinales.

---

<sup>152</sup> PROROK Johan, « La répression civile », *RSC*, 2019, Vol. 2, n°2, p.313-325.

<sup>153</sup> MERLE Roger et VITU André, *Traité de droit criminel*, Problèmes généraux de la science criminelle, 1981, 4<sup>ème</sup> édition, Cujas, V° Rapport n° 177 (1999-2000) de M. Pierre FAUCHON, fait au nom de la commission des lois, déposé le 20 janvier 2000.

## Paragraphe 2 *L'application prétorienne de théories doctrinales sur la causalité*

Inquiets du sort qu'est susceptible de leur réserver la justice pénale, les médecins ont craint les techniques d'appréciation des juges quant à la faute pénale qui les amène devant eux. La faute pénale constitue la coloration morale des infractions non intentionnelles et se doit d'être constatée afin que soit condamné le médecin. Mais cette constatation demeure insuffisante. Effectivement, les juges répressifs doivent au surplus s'atteler à établir un lien de cause à effet, autrement dit un lien de causalité, entre la faute commise par le médecin et le dommage. L'appréciation par les juges de ce lien de causalité est discutée. Et pour cause, en 1996, l'article 121-3 du Code pénal, qui définit l'élément moral des délits d'homicide et blessures involontaires, reste muet sur ce lien. Le législateur n'a pas éprouvé le besoin d'opérer une distinction selon que, par exemple, la causalité est directe ou indirecte. Ce qui impliquerait une différence d'appréciation. La faute médicale non intentionnelle en 1996 est unique et ne requiert ainsi qu'une appréciation puisque le régime de la faute est identique.

En droit pénal, le lien de causalité est particulier. Les civilistes disent même de lui qu'il n'est que sous-jacent<sup>154</sup>. Mais il n'en reste pas moins primordial. En réalité, le lien de causalité est un élément fondamental de la responsabilité civile. Il est « *perçu comme « une exigence de la raison »* »<sup>155</sup>. Après avoir constaté l'existence d'un dommage, les juges civils sont confrontés à un second impératif « *en vertu duquel le préjudice doit être relié par un rapport de causalité avec la faute ou le fait dommageable* »<sup>156</sup>. Cet impératif découle directement de l'ancien article 1382 du code civil qui disposait et dispose aujourd'hui à l'article 1240 que « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* »<sup>157</sup>. Cette disposition laisse alors appréhender le lien de causalité comme le « *lien de cause à effet entre le fait générateur de responsabilité et le dommage dont il est demandée réparation* »<sup>158</sup>. Tout comme en matière civile, le jugé pénal doit mettre en exergue ce lien de causalité.

---

<sup>154</sup> LEFEUVRE-DARNAJOU Karine, « Le lien de causalité ou la résurgence d'une certaine rationalité au sein de la responsabilité », *Revue juridique de l'Ouest*, 2003, n° 16, Vol. 4, p.389-418.

<sup>155</sup> Ibid.

<sup>156</sup> Ibid.

<sup>157</sup> Art. 1382, C. civ, version en vigueur du 19 février 1804 au 1 octobre 2016.

<sup>158</sup> Fiches d'orientation, « Responsabilité civile (Lien de causalité), 2020, *Dalloz*.

Si les civilistes qualifiaient le lien de causalité en matière pénale de presque dérisoire, c'est peut-être parce qu'il ne trouve aucune place pour sa définition au sein même du Code pénal et des dictionnaires juridiques en la matière. Il est en effet surprenant, de prime abord, de ne pouvoir lire aucune définition du lien de causalité, sinon du simple « lien » ou de la simple « cause ». C'est hypothétiquement la raison pour laquelle ce phénomène, accompagné de la prépondérance du droit civil, a contribué à ce que la doctrine présente deux théories de la causalité pour pallier le manque de définition, alors même que la matière médicale n'échappe pas à cette exigence de l'établissement d'un lien de causalité entre la faute du médecin et le dommage. Effectivement, la chambre criminelle recherche également un lien de causalité en matière médicale, comme ont pu en témoigner de nombreuses décisions<sup>159</sup>.

Aussi familière qu'elle en a l'air, la causalité tire certainement son essence de la philosophie première qui veut qu'« *il n'y a pas d'effet sans cause, quoi qu'on fasse pour le cacher* »<sup>160</sup>. Ce principe de causalité se confond vraisemblablement avec le principe de raison suffisante retrouvé chez le philosophe Leibniz<sup>161</sup> qui permet de mener des raisonnements sur les existences effectives et non seulement possibles, garantissant ainsi la validité des déductions<sup>162</sup>. C'est sur de tels mécanismes applicables à n'importe quelle matière et notamment au domaine médical, que la recherche du lien de causalité se fonde. Pour satisfaire cette recherche, la doctrine a élaboré deux théories permettant de guider les juges. À savoir, les théories de l'« équivalence des conditions » et de la « causalité adéquate ». Ces théories permettent de mettre en avant « *l'intensité causale* »<sup>163</sup> entre l'auteur de l'infraction et le dommage.

---

<sup>159</sup> Cass. crim., 29 juin 1999, 98-82.300, Publié au bulletin.

<sup>160</sup> CROIZER Jacques, « 'Nihil est sine ratione sufficiente cur potius sit quam non sit' » ou « Le principe de raison suffisante et son application dans les Elementa Mechanica de Wolff », *Archives de philosophie*, 2002, T. 65, p.105-131.

<sup>161</sup> (1646-1716).

<sup>162</sup> CROIZER Jacques, « 'Nihil est sine ratione sufficiente cur potius sit quam non sit' » ou « Le principe de raison suffisante et son application dans les Elementa Mechanica de Wolff », *Archives de philosophie*, 2002, T. 65, p.105-131.

<sup>163</sup> DOSIÈRE René, « Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, tendant à préciser la définition des délits non intentionnels », Assemblée Nationale, Rapport n°2266, 29 mars 2000, Onzième législature, p.9.

En vertu de la théorie dite de « l'équivalence des conditions », toute faute commise par un médecin ou tout autre agent engage la responsabilité de son auteur dès lors qu'il est établi que ladite faute a été la condition *sine qua non* du résultat du dommage<sup>164</sup>. Autrement dit, si la faute n'avait pas été commise, le dommage ne serait pas survenu. Ainsi, « *la cause enlevée, la conséquence disparaît* »<sup>165</sup>. En application de cette théorie, a été relaxé un gynécologue accoucheur dont les abstentions fautives n'ont pas été la condition *sine qua non* du décès d'un enfant à naître puisque ce dernier avait perdu toute chance de survie<sup>166</sup>. Cette décision s'explique par le fait qu'en matière pénale, la perte de chance est synonyme d'incertitude<sup>167</sup>. Et il n'y a pas de place pour celle-ci.

Quant à la théorie dite de la « causalité adéquate », elle consiste à ne prendre en compte que les comportements qui ont été la cause principale du dommage<sup>168</sup>. Les juges opèrent un tri entre les conditions selon leur force causale car celles-ci ne sont pas toutes équivalentes. Donc, dans chaque espèce, les juges vont faire un examen *a posteriori* et se demander rétrospectivement « *s'il était objectivement possible de penser que tel fait provoquerait normalement cet effet dommageable* »<sup>169</sup>. Si tel s'avérait être le cas, alors il y a causalité adéquate. Vraisemblablement, cette méthode d'appréciation du lien de causalité paraît étrange. Elle repose en effet complètement sur un cheminement artificiel créé par les juges et requiert une appréciation très subjective, puisqu'il est objectivement admissible que, selon la personne qui expose le cheminement, les conclusions ne soient pas les mêmes. En tout état de cause, cette théorie de la causalité adéquate n'a pas été victime de son succès, la théorie de l'équivalence des conditions emportant largement l'adhésion de la jurisprudence pour sa simplicité et son aisance d'application dans le cadre de la responsabilité pour faute<sup>170</sup>.

---

<sup>164</sup> Ibid.

<sup>165</sup> LE TOURNEAU Philippe, « La causalité », *La responsabilité civile*, 2003, Chapitre III, p.39-54.

<sup>166</sup> Cass. crim., 5 juillet 1997, n°96-84.524, Inédit au bulletin.

<sup>167</sup> Cass. crim., 9 janvier 1979, 19272, note Chabas ; 7 janvier 1980, Bull. n° 10 ; 29 juin 1999, Bull. n° 161. V° FERRARI Isabelle « Le médecin devant le juge pénal », *Cour de cassation*, 1999, p.2.

<sup>168</sup> FERRARI Isabelle « Le médecin devant le juge pénal », *Cour de cassation*, 1999, p.2.

<sup>169</sup> LE TOURNEAU Philippe, « La causalité », *La responsabilité civile*, 2003, Chapitre III, p.39-54.

<sup>170</sup> Ibid.

La théorie de l'équivalence des conditions domine véritablement la jurisprudence de la Cour de cassation. Il est vrai que, depuis 1927, les juges de la chambre criminelle ont une conception très extensive du lien de causalité<sup>171</sup>, précisant souvent la formule selon laquelle les articles 221-6 et 222-19 du Code pénal « *n'exigent pas que [la] cause soit exclusive, directe et immédiate* »<sup>172</sup>. De fait, « *il s'agit d'une différence importante par rapport à la jurisprudence administrative, voire, dans une moindre mesure, à la jurisprudence civile* »<sup>173</sup>. Néanmoins, malgré sa place prépondérante dans la jurisprudence de la Cour de cassation, la théorie de l'équivalence des conditions a ses inconvénients. Effectivement, il a été souligné que, plus la chaîne d'événements ayant concouru à la réalisation du dommage s'étend, « *plus la causalité devient aléatoire, et sa détermination divinatoire* »<sup>174</sup>.

Mais, en matière médicale, les juges de la chambre criminelle se chargent d'abord d'établir la faute pénale non intentionnelle pour ensuite caractériser le lien de causalité. Parce qu'en effet, une fois la faute médicale non intentionnelle caractérisée, les juges n'ont plus qu'à s'assurer de la certitude du lien de causalité. Il ne convient pas simplement pour les juges répressifs de caractériser le lien de causalité, sinon de s'assurer de sa certitude causale. Si la certitude du lien n'est pas clairement établie, alors la faute, pourtant prouvée, d'un médecin, ne fera pas l'objet de poursuites pénales puisque le doute n'est pas permis.

L'allure de l'appréciation du lien de causalité n'est pas sans susciter quelques difficultés. Soit le lien est certain et le praticien médical est responsable s'il a commis une faute non intentionnelle pénalement répréhensible, soit le lien est incertain et aucune forme de responsabilité ne peut être retenue contre lui. Ce mode d'appréciation peut présenter une insécurité juridique pour les médecins, étant donné qu'il n'y a pas de réel degré dans l'intensité causale. En effet, les juges ont *a priori* tendance à caractériser la certitude du lien de causalité par le moindre comportement en lien même minime avec la réalisation du dommage. Le médecin, par sa faute, peut avoir concouru indirectement à la réalisation du dommage. Qu'il y ait concouru directement ou indirectement, à partir du moment où le médecin y a simplement concouru, alors sa responsabilité pénale peut être engagée.

---

<sup>171</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.58.

<sup>172</sup> FERRARI Isabelle « Le médecin devant le juge pénal », *Cour de cassation*, 1999, p.2.

<sup>173</sup> Ibid.

<sup>174</sup> LE TOURNEAU Philippe, « La causalité », *La responsabilité civile*, 2003, Chapitre III, p.39-54.

L'une des raisons de cette tendance réside dans le fait que le droit pénal s'incline vers une victimisation, cherchant au sein de chaque espèce à sanctionner le médecin auteur d'une faute pénale non intentionnelle pour réparer l'atteinte causée à l'ordre public et à la victime. Mais ce type de pratique accroît les risques d'inflation des condamnations des praticiens médicaux.

Face à ces constats, le législateur a été vivement sollicité afin de modifier la lettre de l'article 121-3 du Code pénal dès l'année 1999. Bien que la loi du 13 mai 1996 n'ait pas encore pu faire ses preuves du fait de la petitesse temporelle de son application, celle-ci ne suffit plus. Elle ne satisfait pas aux exigences qu'avaient réclamé les décideurs publics en 1995. Le temps de la mutation a sonné, les propositions de lois émergent et le législateur se voit contraint d'apporter les modifications nécessaires aux dispositions relatives aux délits d'homicide et de blessures involontaires et par là même, à la faute pénale non intentionnelle de l'article 121-3 du Code pénal. Montesquieu<sup>175</sup> avait mentionné qu'« *il est parfois nécessaire de changer certaines lois mais le cas est rare, et lorsqu'il arrive, il ne faut y toucher que d'une main tremblante* »<sup>176</sup>. C'est sur cette alerte reprise par la Garde des sceaux de l'époque que le législateur adopte, le 10 juillet 2000, la loi tendant à préciser la définition des délits non intentionnels<sup>177</sup>.

---

<sup>175</sup> (1689-1755).

<sup>176</sup> MONTESQUIEU Charles, *Lettres persanes*, Lettre LXXIX, 1721.

<sup>177</sup> Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

## CHAPITRE 2 LA MUTATION DE LA FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE

S'il est difficile d'apporter un regard critique objectif sur les effets de la loi du 13 mai 1996, il n'en reste pas moins qu'elle demeure insuffisante au regard de l'impact minime qu'elle a pu avoir sur l'application de la faute médicale non intentionnelle. Cette insuffisance fut mesurée par de nombreux commentateurs qui ont rapidement vu la nécessité d'intervenir sur la définition même de la faute médicale non intentionnelle et d'harmoniser les dispositions y renvoyant, à savoir les articles 221-6 et 222-19 du Code pénal. Le législateur est alors intervenu par le biais de la loi du 10 juillet 2000, afin d'offrir un autre visage à la faute médicale non intentionnelle (Section 1) et de repenser l'intensité du lien de causalité (Section 2).

---

### Section 1 L'autre visage de la faute médicale non intentionnelle

---

Par la loi du 10 juillet 2000, le législateur a remanié la définition de la faute médicale non intentionnelle (Paragraphe 1) qui demeurait tant attendue par les commentateurs et les personnes qui tombent sous le joug de l'article 121-3 du Code pénal. Ce remaniement a incité le législateur à rompre avec l'approche traditionnelle et quelque peu civiliste selon laquelle les juges doivent démontrer l'existence d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre ces derniers. Les juges pénaux sont dès lors invités à corriger l'ordre duquel découle leur appréciation de la faute médicale non intentionnelle, en s'assurant, avant toute progression dans le raisonnement juridique, que le lien de causalité est certain (Paragraphe 2).

#### *Paragraphe 1 La définition remaniée de la faute médicale non intentionnelle*

Si la loi du 13 mai 1996 devait se voir attribuer un qualificatif, il serait « insuffisant ». Bien qu'elle ait été appliquée pendant trois années, celle-ci ne fait pas l'unanimité et laisse les décideurs publics et les médecins insatisfaits. En effet, même si après ces années d'application, il n'est pas éminemment possible d'exposer un vrai rapport de conséquences sur les effets qu'a pu produire la loi du 13 mai 1996, il n'en reste pas moins que les commentateurs<sup>178</sup> notent une stagnation jurisprudentielle, notamment dans les décisions rendues à l'égard et des décideurs publics et des médecins. Néanmoins, la commission de lois relève que certains jugements sont davantage motivés que par le passé, ce qui favorise un meilleur contrôle de la Cour de cassation.

---

<sup>178</sup> Texte n° 9 (1999-2000) de M. Pierre FAUCHON, déposé au Sénat le 7 octobre 1999.

Les points positifs sont cependant de courte durée puisque la commission dénonce le fait que la loi de 1996 n'a pas modifié l'appréciation des juges répressifs en matière de délits non intentionnels, alors même que la loi avait pour mission d'obliger ces derniers à mettre en œuvre une appréciation *in concreto*. Ainsi, le champ des délits non intentionnels paraît inchangé.

De fait, dès le mois d'octobre 1999, un premier texte a engagé la discussion au Sénat<sup>179</sup>. En son sein font effectivement l'objet de griefs les décisions de la chambre criminelle qui, selon le rédacteur, sont les mêmes après 1996 que si la loi n'avait pas été adoptée<sup>180</sup>. Mais le plus gros problème qu'implique la loi, c'est le fait que les parquetiers ont tendance à ne pas mettre en mouvement l'action publique alors même qu'ils l'auraient fait pour des faits similaires antérieurement<sup>181</sup>. La proposition de loi énonce le souhait d'« aller plus loin »<sup>182</sup>. En conséquence, il est proposé de modifier la définition des articles 221-6 et 222-19 du Code pénal prévoyant les délits d'homicide et de blessures involontaires, tout en intervenant sur la définition de la faute pénale non intentionnelle et le lien de causalité<sup>183</sup>, dans un but d'harmonisation et d'intelligibilité. En outre, il est proposé d'effectuer une distinction selon que la faute a directement ou indirectement causé la mort ou les blessures involontaires. De telle sorte qu'une faute simple serait encore exigée pour caractériser le délit quand un lien direct existe entre la faute et le dommage. Et au contraire, la violation manifestement délibérée d'une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements serait requise en cas de lien indirect entre la faute et le dommage<sup>184</sup>. Ces modifications seraient évidemment appliquées à tous les justiciables sans distinction.

Cependant, la commission des lois du Sénat a rendu un rapport, le 20 janvier 2000, dans lequel sont remis en cause quelques points de la proposition de loi. En effet, la commission préconise, au lieu de modifier les articles 221-6 et 222-19 du Code pénal, de s'attarder en priorité à la modification de l'article 121-3 du même code. Cette opinion découle du fait que l'article 121-3 du Code pénal vise de manière plus générale les délits prévus aux articles 221-6 et 222-19. La commission a donc pris le parti de modifier la proposition de loi initiale, pour y inscrire les évolutions qu'elle propose.

---

<sup>179</sup> Ibid.

<sup>180</sup> Ibid.

<sup>181</sup> Ibid.

<sup>182</sup> Ibid.

<sup>183</sup> Ibid.

<sup>184</sup> Ibid.

Cette dernière soumet ainsi que soient harmonisées au niveau rédactionnel les dispositions précitées. Selon elle, « *il paraît souhaitable de modifier l'article 121-3 du Code pénal afin que la charge de la preuve repose clairement dans tous les cas sur l'accusation* »<sup>185</sup>. Au surplus, il serait souhaitable que l'ambiguïté soit levée sur le fait que l'article 121-3 du Code pénal s'applique aux délits d'homicide et de blessures involontaires.

Mais le point le plus important dans le rapport de la commission réside dans la modification de l'alinéa 3 de l'article 121-3 du Code pénal. La commission requiert effectivement que soient ajoutés les termes suivants : « *Toutefois, lorsque la faute est la cause indirecte du dommage, les personnes physiques ne sont pénalement responsables qu'en cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence* »<sup>186</sup>.

Le Sénat, séduit par la proposition de loi modifiée par la commission, a adopté le texte après séance publique le 27 janvier 2000<sup>187</sup>. Ce dernier a ensuite été accueilli avec hospitalité par l'Assemblée nationale dont le rapporteur s'est exprimé en ces termes : « *les dérives que l'on constate dans l'application de la loi pénale en matière de délits non intentionnels ou plutôt les interprétations étonnantes qui en sont faites, conduisent aujourd'hui le législateur à exposer sa volonté de manière claire et précise. Dans ce contexte, les orientations de la proposition de loi présentée par M. Pierre Fauchon (n°2121) et adoptée par le Sénat le 27 janvier 2000 sont salutaires* »<sup>188</sup>. Le texte a été adopté par l'institution le 5 avril 2000<sup>189</sup>.

Est ainsi née la loi du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels dite « loi Fauchon »<sup>190</sup>. Cette loi incarne la plus importante et dernière mutation en date de l'article 121-3 du Code pénal, changeant par la même occasion la faute médicale non intentionnelle. Le médecin est désormais tributaire de la rédaction actuelle de l'article 121-3 du Code pénal qui l'impacte tout autrement.

---

<sup>185</sup> Rapport n° 177 (1999-2000) de M. Pierre FAUCHON, fait au nom de la commission des lois, déposé le 20 janvier 2000.

<sup>186</sup> Ibid.

<sup>187</sup> Texte n° 2121 transmis à l'Assemblée nationale le 28 janvier 2000.

<sup>188</sup> Rapport n° 2266 de M. René DOSIERE, fait au nom de la commission des lois, déposé le 30 janvier 2000.

<sup>189</sup> Texte n° 495 adopté par l'Assemblée nationale le 5 avril 2000.

<sup>190</sup> Loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels.

L'article 121-3 est à présent scindé en cinq alinéas. Les deux premiers alinéas n'ont pas été modifiés, et le quatrième alinéa est devenu le cinquième. A donc fait l'objet de lourdes modifications, sinon d'une mutation, l'alinéa 3 et a été créé un alinéa inséré au quatrième rang. Les alinéas 3 et 4 énoncent désormais :

*« Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.*

*Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »<sup>191</sup>.*

La loi a ainsi opéré une réelle distinction en matière de délits non intentionnels et concernant les seules personnes physiques<sup>192</sup>. Dorénavant, la définition de la faute médicale non intentionnelle est toute autre. Le médecin qui commet une faute peut l'avoir commise directement, et dans ce cas, la faute médicale sera dite « simple ». *A contrario*, si le médecin commet une faute de façon indirecte, alors la faute médicale sera dite « qualifiée ».

Toujours sur la définition de l'article 121-3 du Code pénal, les modifications souhaitées au sein de la première version de la proposition de loi déposée en octobre 1999 au Sénat ont été réalisées sur le terrain de l'ambiguïté. En effet, il avait été demandé de clarifier et d'harmoniser les articles 221-6 et 222-19 du Code pénal, avec une tout autre rédaction. Mais le législateur a finalement laissé la rédaction de ces articles telle quelle, pour n'ajouter que la mention qui évince toute incertitude : *« dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3 »*. Le doute n'a donc plus sa place.

---

<sup>191</sup> C. pén., 2000, Art. 121-3, al. 3 et 4.

<sup>192</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, p. 245.

Les articles 221-6 et 222-19 renvoient directement à l'article 121-3 du Code pénal pour apprécier la faute médicale non intentionnelle telle que définie au sein de cet article, et selon la causalité nouvelle.

Le législateur a modifié un certain nombre d'éléments au sein de la définition de la faute médicale non intentionnelle, mais il est un point qui a été subtilement modifié et qui demeure fondamental. Effectivement, la loi de 2000 a créé un article 4-1 au sein du Code de procédure pénale, qui renvoie à la faute médicale non intentionnelle et qui prévoit : « *L'absence de faute pénale non intentionnelle au sens de l'article 121-3 du Code pénal ne fait pas obstacle à l'exercice d'une action devant les juridictions civiles afin d'obtenir la réparation d'un dommage sur le fondement de l'article 1241 du code civil si l'existence de la faute civile prévue par cet article est établie ou en application de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale si l'existence de la faute inexcusable prévue par cet article est établie.* »<sup>193</sup>. Ainsi, si le médecin est relaxé par les juridictions pénales pour absence de faute pénale, cela n'empêchera pas les juridictions civiles d'octroyer une réparation à la victime à raison d'une faute civile<sup>194</sup>. Cette nouveauté a donc brisé le lien entre les deux types de responsabilités, civile et pénale, et cela, les juridictions civiles l'ont bien compris<sup>195</sup>. Ces dernières ont considéré en 2003<sup>196</sup> que « *l'article 4-1 du Code de procédure pénale dissocie la faute civile de la faute pénale non intentionnelle* »<sup>197</sup>. C'est une décision importante, parmi d'autres, qui permet de lever le doute sur le sens de la réforme puisque, désormais, la faute médicale non intentionnelle s'apprécie de façon distincte en matière civile et en matière pénale<sup>198</sup>. Mais il s'avère que les juges répressifs n'ont pas opéré cette séparation en pratique puisque les juges civils sont pour l'instant les seuls à la faire, en raison de la définition « *a priori plus étroite de la faute retenue en matière répressive* »<sup>199</sup>.

Le divorce entre les fautes civile et pénale n'a en réalité aucun impact sur la causalité choisie par le législateur, puisque le caractère direct ou indirect de la faute n'aura aucune incidence sur la distinction des deux fautes.

---

<sup>193</sup> Art. 4-1, CPP.

<sup>194</sup> DREYER Emmanuel, Droit pénal général, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.698.

<sup>195</sup> Ibid., p.699.

<sup>196</sup> Cass. 2<sup>ème</sup> civ., 16 septembre 2003, n°263.

<sup>197</sup> Ibid. V° DREYER Emmanuel, Droit pénal général, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.699.

<sup>198</sup> DREYER Emmanuel, Droit pénal général, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.699.

<sup>199</sup> Ibid, p.700.

Le législateur a effectivement assuré que « *la faute pénale exigée en cas de causalité indirecte pour établir la responsabilité pénale d'une personne physique est distincte de la faute civile d'imprudence ou de négligence prévue par l'article 1383 [ancien] du code civil, pour établir la responsabilité civile de l'auteur, même indirect, d'un dommage* »<sup>200</sup>.

Aussi la loi du 10 juillet 2000 place-t-elle la causalité au cœur de sa définition nouvelle de la faute médicale non intentionnelle. Par cette opération, le législateur a interverti les données théoriques de la responsabilité non intentionnelle, en obligeant le juge à régler avant toute chose la question de la causalité, avant celle de la culpabilité<sup>201</sup>. Avant la réforme, le juge pénal « n'avait qu'à » caractériser la commission de la faute du médecin et la causalité certaine était assez aisée à établir entre la faute et le dommage. Aujourd'hui, la rigueur n'est plus la même. Les juges doivent nécessairement établir que le médecin a joué un rôle soit direct soit indirect dans la réalisation du dommage, ce qui les conduira soit vers l'établissement d'une faute médicale simple, soit vers l'établissement d'une faute médicale qualifiée. Ce rôle causal qu'a pu jouer le médecin dans la réalisation du dommage ne tient pas tant à l'appréciation du lien de causalité, sinon de la faute elle-même<sup>202</sup>. Néanmoins, il arrive que cet ordre de raisonnement ne soit pas respecté, notamment en matière médicale<sup>203</sup>.

Plus qu'une modification, c'est une réelle mutation, c'est-à-dire un changement radical et profond, qu'a opéré le législateur en 2000. Les principales modifications méritent d'être traitées à la lumière de la profession médicale si particulière. Il est primordial de ne pas oublier que la loi du 10 juillet 2000 n'a pas retiré à la causalité sa certitude, élément cher aux responsabilités civile et pénale.

### Paragraphe 2 *Une faute fondée sur la nature certaine du lien de causalité*

À n'en pas douter, la faute médicale non intentionnelle se doit, même après la loi du 10 juillet 2000, d'être rattachée avec certitude au dommage causé au patient. En effet, depuis 1957<sup>204</sup>, sous l'empire de la loi du 13 mai 1996 et celle du 10 juillet 2000 toujours en vigueur à ce jour, la causalité doit être certaine. Ce principe de la certitude du lien de causalité a toujours été une référence forte, bien que la loi du 10 juillet 2000 l'ait rendu moins explicite.

---

<sup>200</sup> Circ. crim., 2000-09 F1/11-10-2000, BOMJ, n°80.

<sup>201</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.182.

<sup>202</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.182.

<sup>203</sup> Cass. crim., 2 décembre 2003, JCP G, 2004, II, 10 044, In. MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.182.

<sup>204</sup> Cass. crim., 11 décembre 1957, n°829, Bull.

Moins explicite au sein de l'article, mais plus important dans l'appréciation de la faute médicale non intentionnelle, puisque la certitude constitue la première recherche qu'opèrent les juges dans la construction juridique de la condamnation. L'article 121-3 du Code pénal est effectivement implicite sur la certitude du lien de causalité en ce qu'il ne mentionne pas comment celui-ci doit être apprécié, ni si la causalité certaine doit être établie avant toute autre opération. Et pour cause, le législateur a porté l'attention sur l'intensité du lien de causalité, selon qu'il présente un caractère direct ou indirect, nouveauté qui fait de l'intensité du lien de causalité, l'arbre qui cache la forêt que représente la certitude causale.

En toute logique, la certitude doit demeurer et constitue un élément préalable indispensable à l'établissement de la responsabilité pénale du médecin. Cette exigence de certitude causale résulte « *d'abord nécessairement de la nature matérielle des infractions non intentionnelles, qui ne peuvent être consommées qu'en présence d'un résultat typique, nécessairement relié par un lien de nécessité au comportement fautif* »<sup>205</sup>. En cela, la loi du 10 juillet 2000 assure finalement une continuité implicite<sup>206</sup> quant à la certitude du lien causal. D'ailleurs, après 2000, la chambre criminelle n'a pas manqué de rappeler cette évidence en ces termes : « *Attendu que l'article 221-6 du Code pénal exige, pour recevoir application, que soit constatée l'existence certaine d'un lien de causalité entre la faute du prévenu et le décès de la victime* »<sup>207</sup>.

À noter que le principe de la certitude du lien de causalité conduit les juges pénaux, comme en 1996, à écarter toute responsabilité pénale du médecin qui a commis une faute ayant entraîné une perte de chance, ou qui n'a pas eu d'incidence sur l'homicide ou les blessures involontaires ou enfin, dont la cause est inconnue<sup>208</sup>.

---

<sup>205</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, p. 248. V°Nt.1073.

<sup>206</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 380-430.

<sup>207</sup> Cass. crim., 5 octobre 2004, 03-86.169, Publié au bulletin.

<sup>208</sup> DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé : prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, DALLOZ Référence, 2019-2020, p.917.

Sous l'égide de la loi du 13 mai 1996, la seule causalité indirecte suffisait à condamner le médecin auteur du dommage. Alors la certitude du lien de causalité était le seul rempart<sup>209</sup> aux condamnations abusives desquelles se plaignaient d'ailleurs les décideurs publics et les médecins puisque « *la causalité perd fatalement de sa certitude quand elle s'éloigne de l'évidence* »<sup>210</sup>. Plus le lien est indirect, plus la sécurité juridique du prévenu est amoindrie. L'appréciation des juges pénaux est donc primordiale. Ils doivent nécessairement s'assurer de la certitude du lien de causalité, avant même de déterminer si celui-ci est direct ou indirect. C'est, en quelque sorte, une condition d'existence préalable d'une causalité directe ou indirecte. Ce n'est en effet « *qu'une fois cette certitude bien acquise, que sa portée peut être différemment envisagée selon les nouveaux principes de la loi du 10 juillet 2000* »<sup>211</sup>.

Les juges répressifs sont alors les gardiens du principe de certitude qu'ils se doivent de rendre pérenne par leur appréciation. De fait, si ces derniers considèrent que le médecin a commis une faute médicale non intentionnelle en lien certain avec la réalisation du dommage, alors cette considération doit être indubitable, certifiée, vérifiée<sup>212</sup>. La certitude passe en effet par « *l'absence de toute hésitation sur le fait que le comportement incriminé est bien à l'origine du dommage pénal* »<sup>213</sup>.

En matière médicale, déceler le lien de causalité n'est pas chose facile. Pour preuve, les juges pénaux doivent parfois avoir recours à six experts judiciaires afin de déterminer la cause certaine du dommage<sup>214</sup>. L'appréciation *in abstracto* effectuée par les juges entraîne ces derniers à se voir dans l'obligation de justifier leurs décisions notamment au regard de la matière médicale, très complexe. Aussi la certitude du lien de causalité s'apprécie-t-elle à la lueur de plusieurs sortes de comportements, à savoir une abstention ou une commission, et à la lueur d'une pluralité de causes. Souvent, en effet, le métier de médecin et plus précisément de chirurgien ou d'anesthésiste implique la présence d'autres praticiens médicaux dans le même trait de temps au sein d'un bloc opératoire.

---

<sup>209</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, p. 245.

<sup>210</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 380-430.

<sup>211</sup> *Ibid.*

<sup>212</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.159, V° « Certain ».

<sup>213</sup> MERYANNE Elodie, *Le risque de mort en droit pénal*, MAYAUD Yves, Mémoire de Master 2, Droit pénal et sciences pénales, Université Panthéon-Assas, 2011, p.47. V° MAYAUD Yves, *Quelle certitude pour le lien de causalité dans la théorie de la responsabilité pénale ?*, Une certaine idée du droit : mélanges offerts à André Decoq, Litec, 2004, p. 475.

<sup>214</sup> Cass. crim., 6 novembre 2018, 17-81.420, Inédit.

Dans ce cas, les causes de la réalisation du dommage peuvent être plurielles. Il s'agit alors de déterminer les responsabilités, de déceler « qui a fait quoi », qui a joué quel rôle dans la réalisation du dommage causé au patient.

Sur la certitude liée à une commission ou à une abstention d'abord, lorsque les juges pénaux sont en présence d'une faute médicale non intentionnelle commise par un acte positif, il est aisé de déterminer avec certitude que le médecin est la cause du dommage. Il en a été ainsi dans un arrêt de la chambre criminelle de 2001<sup>215</sup>. En l'espèce, un médecin accoucheur a agi précipitamment en choisissant une technique d'extraction qui n'était pas justifiée par la situation. En effet, la mauvaise position des forceps a contraint le médecin à les repositionner et à « *procéder à des efforts de traction fœtale violents et répétés* »<sup>216</sup>. L'utilisation qualifiée de « *maladroite* » des instruments, « *en méconnaissance des règles de l'art, est à l'origine directe des lésions cérébrales irréversibles ayant entraîné la mort* »<sup>217</sup>. Les juges en ont alors déduit que « *les fautes commises par le prévenu sont la seule et unique cause du décès de l'enfant* »<sup>218</sup>. Par les termes « seule et unique cause », les juges certifient implicitement que les faits et gestes du médecin accoucheur sont, avec certitude, la cause du décès de l'enfant. Donc la certitude du lien de causalité est implicitement regardée, mais elle a le mérite d'exister. Il faut cependant relever qu'après dix années écoulées, la chambre criminelle fait preuve de moins de rigueur. Les juges répressifs ne font effectivement quasiment plus allusion à la certitude qu'ils ont de la relation de cause à effet entre la faute et le dommage. En 2011, la Cour de cassation a rendu une décision en ces termes : « *Dans un contexte alarmant de grave défaut d'oxygénation du fœtus, [le médecin] s'est non seulement abstenu de pratiquer une césarienne mais a eu recours à l'usage d'une ventouse obstétricale pendant une durée excessive, ce choix étant la cause directe de la souffrance fœtale aiguë qui a engendré le décès* »<sup>219</sup>. Un premier point d'obscurité apparaît lorsque les juges opèrent une sorte de « cascade de conséquences ». Effectivement, c'est en l'espèce le choix de l'usage d'un instrument, qui, par son utilisation, a entraîné une souffrance fœtale aiguë qui elle-même a engendré le décès. Les juges certifient que le choix du médecin est la cause directe de la souffrance fœtale mais en aucun cas la cause certaine du décès, puisque c'est par ricochets que le décès de l'enfant a eu lieu.

---

<sup>215</sup> Cass. crim., 23 octobre 2001, 01-81.030, Publié au bulletin.

<sup>216</sup> Ibid.

<sup>217</sup> Ibid.

<sup>218</sup> Ibid.

<sup>219</sup> Cass. crim., 13 décembre 2011, 11-82.313, Inédit.

De surcroît, quand bien même l'usage dudit instrument pendant une durée excessive s'avère être la cause du dommage, les juges de la chambre criminelle n'ont pas objectivement certifié que la pratique d'une césarienne aurait permis la non-réalisation du dommage. La justification de la cause certaine du dommage est équivoque, puisqu'il n'est au surplus pas clairement établi que c'est l'abstention de pratiquer une césarienne qui a engendré avec certitude le dommage ou que c'est l'usage de la ventouse qui l'a été, au contraire. La décision manque indubitablement de précisions.

Toutefois, il ne convient pas de faire d'un cas une généralité, d'autant plus que la jurisprudence en matière médicale est très oscillante. En effet, la chambre criminelle fut récemment explicite, lorsqu'elle justifiait « *qu'en l'état de ces seules énonciations, qui excluent un lien de causalité certain entre les fautes relevées et le décès [...]* »<sup>220</sup>. Mais plus démonstratif encore, dans un arrêt très récent<sup>221</sup>, l'examen de la certitude du lien de causalité fût très rigoureux. En l'espèce un chirurgien est poursuivi du chef d'homicide involontaire, puisqu'après avoir réalisé une amygdalectomie sur sa patiente, cette dernière a présenté des difficultés respiratoires le lendemain ayant entraîné son décès. L'étude des médecins légistes a mené à s'intéresser à ladite intervention et les experts, mentionne la Cour, « *concluent à une probabilité de cause à effet entre l'opération et le décès [...] en l'absence de cause identifiée, sans toutefois l'affirmer de façon certaine* »<sup>222</sup>. En outre, après témoignages, déclarations de praticiens médicaux et collègues d'experts, les juges pénaux retiennent sagement que « *les causes n'ont pu être établies avec certitude [...] et qu'en l'état de ces énonciations, [il faut exclure] un lien de causalité certain entre les fautes relevées et le décès* »<sup>223</sup>. L'espèce laissait apparaître un lien de causalité direct entre la faute du chirurgien et le décès de la patiente, mais faute de certitude, les juges ne se sont même pas posé la question, et s'arrêtent remarquablement à l'examen de la certitude du lien de causalité qui en l'espèce n'était pas établi. Les années passées ont semble-t-il laissé place à la rigueur.

Lorsqu'en revanche les juges se trouvent face à un comportement négatif du médecin, c'est-à-dire une abstention, la recherche de la certitude du lien de causalité entre la faute constitutive de l'abstention et le dommage s'avère plus compliquée encore, sinon absente de recherche.

---

<sup>220</sup> Cass. crim., 5 mars 2019, n°17-87.290, Inédit.

<sup>221</sup> Cass. crim., 28 janvier 2020, n°18-86.054, Inédit.

<sup>222</sup> Ibid.

<sup>223</sup> Cass. crim., 28 janvier 2020, n°18-86.054, Inédit.

En effet, les juges doivent rechercher en théorie si, sans l'abstention, autrement dit « *l'obligation d'agir, aurait nécessairement conduit à la non-réalisation du dommage* »<sup>224</sup>. Donc la jurisprudence doit rechercher si, sans l'abstention, l'homicide ou les blessures involontaires, le résultat ne serait pas survenu<sup>225</sup>. C'est exactement ce que n'ont pas fait les juges pénaux de la Haute juridiction dans l'espèce où le médecin a utilisé la ventouse obstétricale ayant « *engendré le décès* »<sup>226</sup>. Les juges ont considéré que le comportement positif du médecin a engendré le dommage, alors même que la question du rôle de l'abstention fautive originelle du médecin se posait. Ils auraient effectivement dû rechercher si, sans l'abstention, c'est-à-dire si en pratiquant une césarienne le décès ne serait pas survenu. Pourtant, au sein d'autres espèces, les juges répressifs se placent comme gardiens du principe de certitude du lien de causalité lorsqu'ils expriment :

*« Un expert a précisé qu'un diagnostic plus précoce n'aurait pas constitué l'assurance de sauver la malade et, d'autre part, que les experts et la littérature médicale s'accordent pour observer un taux de mortalité élevé dans ce type d'intervention ; que la juridiction du second degré en conclut que, Christiane X... ayant seulement été privée d'une chance de survie, il n'existe pas de relation certaine de causalité entre son décès et les anomalies médicales constatées ;*

*Attendu qu'en l'état de ces énonciations, procédant de son appréciation souveraine et d'où il résulte que le délit d'homicide involontaire n'est pas constitué, la cour d'appel a justifié sa décision ; »*<sup>227</sup>.

Cette solution est très motivée et témoigne de l'examen préalable de la certitude causale entre la faute du médecin et le dommage opéré par les juges. D'ailleurs, cet arrêt n'est pas sans rappeler un principe que la Chambre criminelle a déjà eu l'occasion d'énoncer. La Cour a décidé en ces termes : « *Que les juges ajoutent que le prévenu a ainsi commis une faute caractérisée exposant le patient à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer, et privé Didier Y... de toute chance de survie* »<sup>228</sup>.

---

<sup>224</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, p. 245.

<sup>225</sup> Ibid.

<sup>226</sup> Cass. crim., 13 décembre 2011, 11-82.313, Inédit.

<sup>227</sup> Cass. crim., 22 mars 2005, 04-84.459, Inédit.

<sup>228</sup> Cass. crim., 1<sup>er</sup> avril 2003, 02-81.872, Inédit.

En l'espèce est posé le principe selon lequel, pour que la causalité demeure certaine, le patient doit, par les agissements du praticien médical, perdre « toute chance de survie » et non pas seulement « une chance de survie »<sup>229</sup>.

En outre, s'est posée la question de l'évolution spontanée des lésions causées au patient, entraînant ce dernier vers la mort, bien après la commission de la faute médicale non intentionnelle ayant provoqué celle-ci. Il est vrai que la certitude du lien de causalité s'estompe à mesure que le lien causal est indirect, mais ce phénomène ne procède pas de la même évolution à mesure que le temps s'écoule. C'est ce qu'a montré l'espèce d'un arrêt de 2001<sup>230</sup> dans lequel une patiente, opérée en juin 1992, a présenté des difficultés respiratoires et un hématome cérébral juste après son opération et est décédée en avril 1994 à la suite d'un arrêt cardio-respiratoire. En effet, les juges du fond ont considéré que le décès de la patiente était dû à sa détresse neurologique juste après l'intervention chirurgicale, ayant pour origine une compression de l'abdomen qui a empêché l'irrigation normale du muscle cardiaque parce que la patiente était mal positionnée sur la table d'opération, table qui n'était pas adaptée à l'intervention. Ainsi, bien que survenue deux ans après l'opération, la mort de la patiente est due avec certitude à la faute médicale non intentionnelle du chirurgien. L'écoulement du temps ne fait donc pas obstacle à la certitude du lien de causalité.

Enfin, il est important de mentionner que les prédispositions de la victime, relativement aux infractions d'homicide et de blessures involontaires, « ne font pas nécessairement obstacle au lien causal entre l'acte et la mort de la victime, tant qu'elles n'ont « pas déjà eu des conséquences préjudiciables au moment où s'est produit le fait dommageable »<sup>231</sup> »<sup>232</sup>. Cela signifie que l'acte, même non causal, peut être considéré comme tel s'il a conduit à la mort ou aux blessures d'un patient, facilité par sa fragilité particulière<sup>233</sup>.

---

<sup>229</sup> SORDINO Marie-christine, « Extension du domaine de la causalité directe en cas d'homicide involontaire : la responsabilité pénale du médecin peut être engagée pour faute simple en cas d'erreur médicale de l'interne car la causalité est indirecte », *RDS*, n°29, p.241-243.

<sup>230</sup> Cass. crim., 23 octobre 2001, 01-81.227, Publié au bulletin.

<sup>231</sup> Cass. crim., 30 janvier 2007, Bull. crim.

<sup>232</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, p. 245.

<sup>233</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, p. 245.

Déceler la certitude du lien de causalité n'est donc pas forcément tâche facile. Elle amène les juges à la rechercher afin de répondre au principe de droit pénal selon lequel le lien de causalité doit être certain et de satisfaire à l'ordre renouvelé d'appréciation issu de la loi du 10 juillet 2000, à savoir l'étude de la certitude du lien avant de déterminer quelle est son intensité. Une fois que les juges sont assurés de la certitude du lien de causalité, ils peuvent s'atteler à établir, en vertu de la loi de 2000, quelle est la force du lien causal, à savoir direct ou indirect.

---

## Section 2      L'intensité du lien de causalité

---

Par la loi du 10 juillet 2000, il ne fait nul doute que le législateur a souhaité faire de la causalité une donnée régulatrice. Cette dernière a en effet à la fois précisé les contours de la faute médicale non intentionnelle, mais a également fait du lien de causalité un véritable « nœud gordien en matière de responsabilité pénale non intentionnelle »<sup>234</sup>. De fait, la loi du 10 juillet 2000 a chargé les juges pénaux de trouver un dénouement comportemental les conduisant à constater soit une causalité directe (Paragraphe 1), soit une causalité indirecte (Paragraphe 2) entre la faute médicale du praticien et le dommage causé au patient.

### Paragraphe 1 La causalité directe

Après s'être assurés de la certitude du lien de causalité, les juges se livrent à la détermination de l'intensité de ce dernier. Cette intensité est rythmée par l'article 121-3 du Code pénal issu de la loi du 10 juillet 2000 qui scinde l'intensité causale en deux pans. La réforme a positivement créé un quatrième alinéa prévoyant une causalité indirecte dont les caractéristiques apparaissent clairement. Néanmoins, le législateur n'a apparemment pas jugé utile d'octroyer au lecteur de l'article une définition claire de ce que constitue l'intensité causale la plus faible : la causalité directe. En effet, l'alinéa 4 article 121-3 du Code pénal mentionne « *les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage* »<sup>235</sup>. Mais *a contrario*, l'alinéa 3 de l'article ne mentionne pas « les personnes qui ont causé directement le dommage », ce qui est regrettable. Le législateur laisse alors le lecteur définir la causalité directe par la négative, à partir de la définition de la causalité indirecte.

---

<sup>234</sup> MAYAUD Yves, « Délits non intentionnels : trois arrêts pour une même logique », *RSC*, 2005, p.71. V° PONCELET Christian et CANIVET Guy, « Les délits non intentionnels – La loi Fauchon : 5 ans après », *Sénat, Cour de cassation, Colloque*, 1<sup>er</sup> mars 2006.

<sup>235</sup> C. pén., Art. 121-3, al. 4.

Un auteur avait à juste titre notifié qu'« *il est difficile de saisir une notion quand elle est appréhendée négativement et en référence à ce qu'elle n'est pas* »<sup>236</sup>.

Néanmoins, le législateur s'est quelque peu justifié, même de façon implicite sur ce point, en précisant qu'« *il n'est toutefois pas possible de considérer que, de jure, le troisième alinéa de l'article 121-3 traite désormais des seules hypothèses de causalité directe : cet alinéa continue de traiter de la définition de la faute pénale d'imprudence, en ce qu'elle constitue l'élément moral ou intellectuel d'une infraction non intentionnelle, de façon générale et dans toutes les hypothèses, que cette ait causé directement ou indirectement le dommage* »<sup>237</sup>. Par ces dires, le législateur a hypothétiquement souhaité que l'alinéa 3 de l'article 121-3 soit fiché comme définissant la causalité directe et uniquement celle-ci, en oubliant la définition même de la faute pénale non intentionnelle appliquée au monde médical. Cet alinéa est en quelque sorte « multifonctions ».

Ceci étant, la définition de la causalité directe est absente. Et lorsqu'un article laisse une notion exempte de définition, c'est généralement la doctrine qui s'attèle à la fournir, aux côtés de la jurisprudence. Car de surcroît, au sein des dictionnaires juridiques<sup>238</sup>, la « causalité » et la « cause » ne sont définies que civilement ou renvoient à l'article 121-3 du Code pénal sans plus d'explications que ce que nous livre l'article.

Intuitivement, la causalité directe peut s'entendre d'une causalité sans détour, par laquelle il n'existe pas d'intermédiaire, qui est en définitive, immédiate. Mais, en creusant la recherche, il est possible de lire, au détour de la circulaire du 11 octobre 2000<sup>239</sup>, que causalité directe il y aura « *lorsque la personne en cause aura, soit elle-même frappé ou heurté la victime, soit aura initié ou contrôlé le mouvement d'un objet qui aura heurté ou frappé la victime* »<sup>240</sup>. Donc le médecin qui frappe ou heurte son malade est auteur direct, de même que s'il utilise un objet dont le mouvement est initié ou contrôlé par lui, entraînant les mêmes conséquences.

---

<sup>236</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.183.

<sup>237</sup> Circ. crim., 2000-09 F1/11-10-2000, BOMJ, n°80.

<sup>238</sup> Ntmt. CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.154 ; GUINCHARD Serge et DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques*, 23<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2015-2016, p.157.

<sup>239</sup> Circ. crim., 2000-09 F1/11-10-2000, BOMJ, n°80.

<sup>240</sup> Ibid.

La critique est presque naturelle quant à la définition qu'offre la circulaire, puisque celle-ci se borne à dire que le médecin doit avoir été en contact direct avec la victime en la « heurtant » ou la « frappant », ce qui suppose une action matérielle, excluant toute abstention qui aurait directement causé le dommage au patient. À l'appui de cet argument, il peut être relevé qu'un auteur avait à juste titre mentionné que la définition donnée par la circulaire « *reviendrait à considérer comme indirecte toute abstention fautive en lien avec le dommage, puisque par hypothèse, l'auteur d'une abstention fautive n'entre pas en contact avec la victime* »<sup>241</sup>. L'éclaircissement de la circulaire semble superfétatoire, puisque finalement, le médecin qui s'abstient fautivement peut être auteur direct, alors qu'aucun contact matériel n'a eu lieu avec le patient.

Quant à la doctrine, elle, considère que la causalité est directe « *lorsque les fautes commises par le praticien ont été le paramètre déterminant du dommage subi par le patient* »<sup>242</sup>. Curieusement, la doctrine semble s'enfermer dans un critère de rattachement en traitant de « paramètre déterminant ». Car, en effet, il est possible de rattacher ce même critère à la définition de la causalité indirecte. Le médecin peut avoir commis une faute qui a indirectement concouru à la réalisation du dommage, tout en étant le paramètre déterminant de ce dernier. Vraisemblablement, les termes « paramètre déterminant » ont vocation à s'appliquer à pléthore de situations, d'autant plus dans le domaine médical qui offre des espèces aussi nombreuses que diverses. Donc les termes choisis par la doctrine se révèlent inadéquats. Fort de ces constats, la jurisprudence n'a malheureusement pas dû bénéficier d'une grande aide dans la façon dont devrait être appréciée la causalité directe du lien reliant la faute médicale au dommage. Mais dépourvue d'autres définitions, la jurisprudence s'est attachée selon un auteur à la définition qu'offre la circulaire de 2000<sup>243</sup>. Alors que pour une autre auteure, le critère du « paramètre déterminant » qu'invoque la doctrine, « *n'est pas nouveau et la jurisprudence l'applique régulièrement dans le domaine médical* »<sup>244</sup>. Les avis des auteurs sur la façon dont la jurisprudence apprécie le lien de causalité directe en matière médicale sont nettement discordants.

---

<sup>241</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, p. 245.

<sup>242</sup> ALT-MAES Françoise, « La grande illusion : la dépenalisation attachée à l'application de la loi du 10 juillet 2000 au médecin », *Mélanges*, In. BOULOC Bernard, *Les droits et le droit : mélanges dédiés à Bernard Bouloc*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, 2007, Dalloz, Coll. Études, mélanges, travaux, p.1. Cf. MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.183.

<sup>243</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.183.

<sup>244</sup> RENAUD Pascale, « Responsabilité pénale du médecin pour fautes essentielles et déterminantes ayant directement causé le dommage », *RDS*, 2015, n°64, p.264-269.

Et pour cause, la jurisprudence est abondante en la matière et la diversité des faits amène les juges à s'adapter constamment aux besoins de l'espèce amenée devant eux. À cela s'ajoute également le fait que la loi du 10 juillet 2000 a remanié le raisonnement des juges qui, après avoir décelé la certitude du lien de causalité, doivent établir l'intensité du lien, soit directe, soit indirecte, pour seulement et enfin, déterminer la nature de la faute. Pris d'un manque de définition à l'égard de la causalité directe, les juges sont donc contraints à l'adaptation, faute de quoi il leur est impossible de continuer le raisonnement et de caractériser la faute médicale. Il faut noter que cette lacune textuelle participe au rempart qui se façonne autour de la responsabilité pénale des médecins.

En définitive, il est impossible d'affirmer que la jurisprudence adopte une ligne conductrice stable, « *la matière se dessinant par petites touches successives, au gré du particularisme des situations qu'auront eu à connaître les magistrats* »<sup>245</sup>.

Toujours est-il qu'en matière pénale, la causalité est par principe directe. À en suivre la lettre de l'article 121-3 du Code pénal, dans le cas d'une causalité directe, l'acte incriminé ne doit pas simplement contribuer à la réalisation du résultat, sinon le produire lui-même<sup>246</sup>. En pratique, même si la jurisprudence se montre dissonante dans son appréciation de la causalité directe, celle-ci fait preuve de bonne volonté. De fait, la jurisprudence retient un lien de causalité directe lorsque les personnes physiques sont « *soit la cause immédiate du dommage, soit, à titre exceptionnel, la cause essentielle et déterminante de celui-ci* »<sup>247</sup>, par le biais de l'éminent « paramètre déterminant » retenu par la doctrine. La jurisprudence fait donc un mélange des deux appréciations, à savoir celle de la circulaire de 2000, et celle de la doctrine.

---

<sup>245</sup> DEMARCHI Jean-Raphaël, « La reconnaissance implicite d'un lien de causalité directe entre le défaut de surveillance d'un interne et le décès d'une patiente », *AJ Pénal*, Dalloz, 2009, p.224.

<sup>246</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.707.

<sup>247</sup> DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé : prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, DALLOZ Référence, 2019-2020, p.916.

Ainsi, les juges de la Chambre criminelle considèrent parfois la faute comme une cause immédiate du dommage, telle que le prescrit la circulaire de 2000. Par exemple, se rend coupable de blessures involontaires le chirurgien orthopédiste qui, ayant pris la décision d'opérer seul un jour férié, alors qu'il n'y avait pas d'urgence, sans la présence d'un chirurgien thoracique et sans contrôles préalables, a commis plusieurs fautes consistant en une erreur de localisation de la hernie et en une réopération par une voie inadaptée, entraînant ainsi une rupture de la dure-mère, autrement dit, une paraplégie totale et définitive de la patiente<sup>248</sup>. La causalité directe en l'espèce ne fait aucun doute, puisque le chirurgien a, par ses choix et au surplus ses gestes, « frappé » ou « heurté » la victime comme le prévoit la circulaire, dès lors que les juges relèvent que ce dernier a « *extrait le fragment discal attaché à la moelle, provoquant une rupture de la dure-mère* »<sup>249</sup>. Aussi, la causalité directe peut s'avérer être la prescription d'un médicament par le médecin, alors que la patiente y est allergique et que le professionnel en a la connaissance<sup>250</sup>. Dans un tel cas, le médecin ne frappe ni ne heurte le patient mais pourtant, la causalité est directe. Le caractère direct de la causalité en l'espèce est ambigu puisque, bien qu'à l'origine directe de la prescription du médicament ayant été fatal pour le patient, le médecin n'a pas directement touché le patient victime, c'est lui-même qui s'est administré le médicament. Peut-être que cette situation relève davantage d'une causalité indirecte.

L'établissement de la causalité directe peut parfois s'avérer naturel après que les juges se soient assurés de la certitude du lien. Néanmoins, la jurisprudence ne se trouve pas face à la même facilité lorsqu'elle considère la faute comme la cause essentielle et déterminante du dommage. Effectivement, cette appréciation est particulière en ce qu'elle s'inscrit dans une conception extensive du lien de causalité direct. D'emblée, les termes « essentielle » et « déterminante », mais surtout le premier en réalité, ont une consonance subjective. Quelle cause doit être considérée comme essentielle et déterminante ? Tout dépend de l'appréciation des juges. Ces terminologies, qui, il est vrai, pourraient revêtir le statut de « standards juridiques », permettent aux juges pénaux de faire tomber sous le joug de la causalité directe des fautes qui à l'origine ne présentaient pas de caractère immédiat avec la réalisation du dommage.

---

<sup>248</sup> Cass. crim., 21 septembre 2004, n°03-85.510, Publié au Bulletin.

<sup>249</sup> Ibid.

<sup>250</sup> Cass. crim., 5 avril 2016, n°14-85.189, Inédit.

Dans de tels cas, les précisions de la circulaire de 2000 n'ont aucune utilité, elles ne servent en rien dans l'appréciation des juges, qui qualifieront le lien de direct sans même que le médecin n'ait « heurté » ou « frappé » le patient. Les juges répressifs vont en effet considérer par exemple qu'une omission, une insuffisance ou encore un retard dans la prise en charge d'un patient, sont des fautes qui ont causé de façon essentielle et déterminante le dommage<sup>251</sup>.

Ce fut le cas notamment dans une espèce de 2002<sup>252</sup>. En l'occurrence, « *l'attention du pédiatre n'a été portée que sur les lésions oculaires et orthopédiques, en négligeant le risque majeur d'extension rapide de l'hématome superficiel et les complications hémorragiques qui pouvaient en résulter* »<sup>253</sup> et le praticien a au surplus omis « *de mettre en place une surveillance médicale adaptée* ». La Cour retient que ce dernier a alors « *commis une faute en relation directe avec le décès, qui aurait pu être évitée si l'enfant avait été transféré à temps dans un service spécialisé* »<sup>254</sup>. Il s'agit bien en l'espèce de plusieurs fautes qui consistent en des abstentions. Le pédiatre n'a pas « directement » et il est vrai qu'avec cette expression, l'incohérence terminologique demeure, « heurté » ou « frappé » le patient, mais a implicitement, selon les juges, commis des fautes considérées comme la cause essentielle et déterminante du dommage. Cependant, en l'espèce, les juges ne mentionnent aucunement les termes « essentielle et déterminante », ce qui est regrettable alors même qu'un mois avant, les juges avaient pris soin de décider explicitement : « *Qu'elle retient notamment, à sa charge, comme "faute essentielle et déterminante" ayant directement entraîné le décès, la décision d'intervention et la conduite d'ensemble du processus opératoire sans qu'ait été suffisamment examiné et pris en compte le risque avéré de thrombose présenté par la victime en raison de son âge et de ses antécédents* »<sup>255</sup>. La formule est en l'espèce rigoureuse, bien que le mode d'appréciation soit critiquable au regard de l'application stricte de l'article 121-3 du Code pénal, accompagnée, de surcroît, d'une circulaire ayant fait l'effort d'en éclaircir le contenu. Finalement, toute affaire peut contenir plusieurs paramètres déterminants et alors, tout peut le devenir, à la guise du juge pénal.

---

<sup>251</sup> DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé : prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, DALLOZ Référence, 2019-2020, p.916.

<sup>252</sup> Cass. crim., 13 novembre 2002, n°01-88.462.

<sup>253</sup> Ibid.

<sup>254</sup> Ibid.

<sup>255</sup> Cass. crim., 29 octobre 2002, n°01-87-374.

La causalité directe est alors finalement victime d'une certaine corruption, dans le raisonnement qui amène les juges à elle, dès lors qu'une espèce qui aurait normalement dû – vu la définition légale de la causalité directe – requérir un lien de causalité indirect, se voit tomber sous l'emprise de la causalité directe. Si le principe consiste en ce que la causalité pénale est directe, il n'en reste pas moins que la loi du 10 juillet 2000 a créé une intensité causale en deux pans, le second demeurant la causalité indirecte, nouvellement contenue à l'alinéa quatre de l'article 121-3 du Code pénal.

### Paragraphe 2 La causalité indirecte

La causalité indirecte « *n'est pas d'une aveuglante clarté* »<sup>256</sup>. Et, pour cause, le domaine de l'indirect recouvre ce qui est détourné, médiat, ce qui possède un intermédiaire<sup>257</sup>. Ce qui est indirect ne relève donc pas de l'évidence.

Cependant, plus fleuri que l'alinéa trois de l'article 121-3 du Code pénal, l'alinéa quatre offre plusieurs éclaircissements sur les comportements qui constituent une causalité indirecte. Là encore, tous les auteurs ne s'entendent pas sur la portée de cet alinéa puisque pour les uns, « *l'article 121-3 alinéa 4 ne donne pas de définition précise de la causalité indirecte mais fournit toutefois des éléments importants* »<sup>258</sup>, et pour d'autres, « *s'agissant de la causalité indirecte, les incertitudes sont moindres dans la mesure où le législateur a précisément identifié deux types d'auteurs indirects* »<sup>259</sup>. Précision ou imprécision, bien que les avis soient divergents, il faut tout de même relever que la causalité indirecte a fait l'objet de plus amples précisions que sa causalité voisine. Toute précision demeure agréable à saisir.

De fait, l'alinéa quatre de l'article 121-3 prévoit qu'en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité et s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales, « *les personnes physiques qui n'ont pas directement causé le dommage mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement [...]* »<sup>260</sup>.

---

<sup>256</sup> MAYAUD Yves, *Violences involontaires et responsabilité pénale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz Référence, Entreprise, Économie et Droit, 2003, n°62-42.

<sup>257</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.541, V° « Indirect, ecte ».

<sup>258</sup> RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2016, NBT, Vol. 159, p.254.

<sup>259</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.186.

<sup>260</sup> C. pén., Art. 121-3, al. 4.

D'abord, sont concernées toutes les personnes physiques. Mais un auteur met en garde, « *il ne faut pas se méprendre, [...] car, derrière les auteurs indirects se cachent les décideurs publics, les chefs d'entreprise, les chefs de service médicaux, bref, les « chefs de tout poil »* »<sup>261</sup>. Donc l'alinéa s'applique à tous les justiciables, y compris aux médecins. Ensuite, le législateur entend par « indirect » le comportement qui a seulement créé ou contribué à créer une situation dommageable et non pas le dommage en lui-même, ou le comportement d'abstention qui a quant à lui permis la réalisation du dommage<sup>262</sup>.

Une distinction est faite entre deux types d'auteurs indirects. Dans le cas du premier comportement, le médecin sera actif et va créer ou contribuer à créer une situation dommageable, alors que, dans le second cas, le médecin sera inactif, en ce qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires à l'évitement du dommage. Dans cette dernière typologie, certains auteurs parlent « d'auteurs médiats »<sup>263</sup>.

Afin que le médecin soit qualifié d'auteur indirect actif ou inactif, ce dernier doit avoir réalisé l'un ou l'autre des comportements que mentionne l'alinéa quatre. En effet les médecins et plus généralement les personnes physiques, « *sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer* »<sup>264</sup>. Pour que soient condamnés du chef d'homicide ou de blessures involontaires les médecins auteurs indirects, la caractérisation par les juges de l'un ou l'autre de ces comportements, est indispensable. L'un ou l'autre, étant donné que le législateur a fait le choix de la conjonction « ou », qui rend alternatifs et non cumulatifs les comportements répréhensibles. De fait, un seul des deux comportements suffit à justifier la répression pénale.

À ce stade, l'alinéa paraît clair et l'effort de différenciation des statuts comportementaux opéré par le législateur est notable. Néanmoins, la mise en œuvre jurisprudentielle de la causalité indirecte n'est jamais aussi simple que de comprendre un article à sa lecture. D'autant plus que, comme en matière de causalité directe, la doctrine participe de cette difficulté.

---

<sup>261</sup> ROUSSEAU François, *L'imputation dans la responsabilité pénale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2009, Coll. NBT, p.358.

<sup>262</sup> Cass. crim., 5 décembre 2000, n°00-82.108, Publié au bulletin.

<sup>263</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.186.

<sup>264</sup> C. pén. Art. 121-3, al. 4.

La casuistique jurisprudentielle met en lumière ce que les juges entendent par création ou contribution à la situation dommageable et abstention qui n'a pas permis d'éviter le dommage, comportements caractéristiques de la causalité indirecte. À considérer la base exhaustive de données Legifrance<sup>265</sup>, il apparaît que, depuis la loi du 10 juillet 2000, les condamnations de médecins du chef d'homicide et de blessures involontaires ne sont pas abondantes en matière de causalité indirecte mais belles et bien présentes. Toutefois, les arrêts rendus en la matière montrent à la fois que les médecins n'échappent pas à la causalité indirecte, mais illustrent aussi un certain manque de rigueur de la part des juges, dans l'appréciation des comportements indirects.

Dès 2003, la Cour de cassation a estimé que, par son attitude et ses choix, le médecin du SAMU avait contribué à créer la situation ayant permis la réalisation du décès d'un patient en interprétant mal les symptômes que ce dernier présentait et en ne déclenchant pas les secours appropriés<sup>266</sup>. Cette espèce laisse son lecteur dubitatif quant à l'application stricte de la lettre de l'article 121-3 du Code pénal. En effet, la Cour justifie la condamnation du praticien médical en affirmant que non seulement celui-ci a contribué à la situation dommageable et qu'en outre il s'est abstenu de déclencher les secours appropriés. Les juges appliquent donc cumulativement les deux comportements caractéristiques de la causalité indirecte. En l'occurrence, les juges font se confondre les deux comportements, alors qu'un seul comportement retenu aurait suffi à justifier la condamnation, au risque de vider de sens la différence opérée par le législateur.

Prise de conscience ou non, les juges répressifs ne reproduiront pas ce même schéma quatre années plus tard. En l'espèce, une médecin du SAMU a passé sa nuit de garde au domicile d'un ami dépourvu de ligne téléphonique. Bien que la praticienne ait enregistré un message vocal sur son téléphone fixe indiquant son numéro de téléphone portable, les communications téléphoniques ne passaient pas toujours au domicile de son ami. De ce fait, cette dernière n'a pas entendu le signal sonore lorsqu'elle a pourtant reçu un message du SAMU. Le message n'a été découvert par elle qu'après la fin de la nuit. Les juges ont considéré qu' « *en ne prenant pas les dispositions nécessaires pour être jointe, [celle-ci] a retardé la mise en œuvre du bilan médical initial susceptible d'entraîner l'engagement des secours adaptés* »<sup>267</sup> et que cette faute était caractérisée.

---

<sup>265</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/>

<sup>266</sup> Cass. crim., 2 décembre 2003, V° MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.187.

<sup>267</sup> Cass. crim., 13 février 2007, n°06-81.089, Publié au bulletin.

En l'espèce les juges retiennent le second comportement indirect prévu par l'article 121-3, à savoir celui du médecin qui n'a pas pris les mesures nécessaires permettant d'éviter le dommage, par la seule formulation « *ne prenant pas les dispositions nécessaires* ». Plus explicite encore, les juges pénaux considèrent en 2012 au sujet d'un médecin : « *les fautes commises ont contribué de façon certaine à créer la situation ayant permis la réalisation du dommage* »<sup>268</sup>. La Cour offre un arrêt motivé qui sanctionne le comportement du médecin auteur indirect actif.

Attention à ne pas s'y méprendre : si la Cour semble avoir fait preuve de rigueur au début des années succédant la loi du 10 juillet 2000, il n'en n'est plus ainsi aujourd'hui. Effectivement, dans un arrêt du 22 octobre 2019<sup>269</sup>, les juges retiennent que le médecin a « *créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage et n'a pas pris les mesures permettant de l'éviter* »<sup>270</sup>. Comme si les juges ne parvenaient pas à choisir l'un ou l'autre des comportements indirects, ou que l'un des deux n'était pas suffisamment caractérisé pour le retenir, ces derniers retiennent les deux comportements et rendent la conjonction « ou » de l'article 121-3 du Code pénal, désuète.

Un auteur relève à ce titre : « *la justice pénale médicale relative à la causalité indirecte montre tout d'abord qu'au-delà de ce qu'indique la lettre du Code pénal, les deux qualités d'auteurs indirects peuvent se cumuler en pratique* »<sup>271</sup>. Même si le fait de rendre cumulatifs les deux comportements d'auteurs indirects est critiquable, « mieux vaut trop que trop peu »<sup>272</sup>. En effet, si les juges du fond parviennent à caractériser les deux types de comportements indirects, les insérer tous deux dans la décision leur permettra de renforcer les motivations. Et si toutefois la cour de cassation ne relève qu'un seul des deux comportements indirects, alors cela éviterait, si les juges du fond n'avaient caractérisé qu'un seul comportement et l'inadéquat, de casser l'arrêt et de relaxer le prévenu alors même que l'atteinte à l'ordre public justifie que soit mise en jeu sa responsabilité pénale.

---

<sup>268</sup> Cass. crim., 23 octobre 2012, n°11-85.360, Inédit.

<sup>269</sup> Cass. crim., 22 octobre 2019, n°18-84.001, Inédit.

<sup>270</sup> Ibid.

<sup>271</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.186.

<sup>272</sup> Proverbe français.

Finally, each medical practitioner, to wit generalists, as much as radiologists or even endocrinologists and anesthesiologists, can see its criminal liability engaged on the terrain of indirect causality. In effect, « *il n'est pas une spécialité médicale qui semble pouvoir échapper à la qualification d'auteur indirect* »<sup>273</sup>.

Once the intensity of the causal link is characterized, the judges must devote themselves to examining what type of fault the doctor committed. In effect, like a leaking faucet, the appreciation of the criminal judges must follow a logical order. When a damage to the patient is realized, that the certainty between the fault and the latter is established, and that finally, the causal intensity is determined, the judges prepare to qualify the fault committed by the doctor, which is either simple when the causality is direct, or qualified if, on the contrary, it is indirect. This last operation by which the judges complete the reasoning leading to the criminal condemnation of the doctor is also as important as delicate. The application of the criminal fault in medicine is certainly particular, but the jurisprudence handles it in such a way that the need for a special medical criminal law does not seem to be felt.

---

<sup>273</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.188.

## **PARTIE 2 L'APPLICATION DE LA FAUTE PÉNALE NON INTENTIONNELLE AU MONDE MÉDICAL**

Après la mutation viennent les temps de la mise en œuvre et de l'application de la faute pénale non intentionnelle au monde médical. Cela fait désormais vingt ans que le médecin fautif dépourvu d'intention coupable tombe sous le joug de l'article 121-3 du Code pénal qui la prévoit. Et l'horizon ne semble présager aucun changement. La faute pénale non intentionnelle conserve donc depuis lors son caractère bicéphale (Chapitre 1). Durant vingt ans donc, la faute pénale non intentionnelle redoutée par le médecin a été et est mise en œuvre par la jurisprudence qui tente tant bien que mal de l'appréhender. La qualité rédactionnelle de l'article 121-3 du Code pénal, sa bicéphalie et ses imprécisions ont rythmé son application pour se voir aujourd'hui critiquées (Chapitre 2). La question de l'adaptation de la faute pénale non intentionnelle à l'art médical est aussi complexe qu'intéressante tant les facteurs qui influent sur sa mise en œuvre sont nombreux.

### **CHAPITRE 1 LA BICÉPHALITÉ DE LA FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE**

La grande gagnante de la loterie législative de 2000 ne fut pas la faute médicale simple (Section 1). Effectivement, par la loi du 10 juillet 2000, le législateur n'a fait qu'effleurer la définition de la faute médicale simple, sans en toucher l'essence même. Cet immobilisme traduit alors la continuité de cette faute qui n'était en réalité pas remise en cause par la doctrine de la fin des années 1990, pas plus que la volonté affichée d'instaurer une nouvelle faute aux côtés de la faute médicale simple. Les vœux furent réalisés, la loi de 2000 a bâti une nature de la faute médicale non intentionnelle qui se veut désormais double. Dès lors et tout en suivant un schéma de gravité croissante, fut instituée la faute médicale qualifiée (Section 2).

---

## Section 1      La faute médicale simple

---

La faute médicale simple est restée presque inchangée avec le passage de la loi du 10 juillet 2000. Sa teneur (Paragraphe 1) est alors restée la même, mais celle-ci, après vingt années d'application, n'a pas perdu de sa qualité répressive. La faute médicale simple doit s'articuler avec la faute médicale qualifiée en ce sens qu'elles se complètent, pour former un arsenal juridique commun de l'élément non intentionnel des crimes et délits involontaires. Bien échafaudée, la faute médicale simple a cela de particulier qu'elle comporte une condition relative aux diligences normales sans la réalisation de laquelle la responsabilité pénale du médecin pour faute non intentionnelle se voit écartée (Paragraphe 2), mais ne constitue en rien un fait justificatif.

### *Paragraphe 1 La teneur de la faute médicale simple*

Après la culpabilité et la causalité vient le temps de la naturalité fautive. Alors dans un troisième temps, le raisonnement juridique des juges pénaux les conduit à déterminer la nature de la faute commise par le médecin qui l'amène devant eux, afin de pouvoir le condamner du chef d'homicide ou de blessures involontaires. Si le médecin est qualifié d'auteur direct entre la faute et le dommage, les juges sont amenés à caractériser la réalisation d'une faute médicale simple et seulement cette dernière. Donc le comportement fautif du médecin doit résider dans l'accomplissement d'une imprudence, d'une négligence, ou d'un manquement à une obligation de prudence ou de sécurité. Si en revanche les juges ont décelé une causalité indirecte entre la faute du médecin et le dommage, alors les juges ne peuvent se rendre que sur le terrain de la faute médicale qualifiée.

La faute médicale simple, aussi dénommée « faute ordinaire » par certains auteurs<sup>274</sup>, n'a pas été bouleversée par la loi du 10 juillet 2000. Celle-ci existait déjà avant 2000 et si, en ces temps, la faute simple demeurait seule, il n'en est plus ainsi aujourd'hui puisqu'à ses côtés est née la faute médicale qualifiée. Néanmoins, seule cette naissance semble avoir captivé le législateur qui a décidé de laisser ainsi la définition de la faute médicale simple. Vraisemblablement, seuls quelques détails ont parfait cette dernière, ce qui a, en l'occurrence permis de conserver une certaine continuité jurisprudentielle<sup>275</sup>.

---

<sup>274</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.693.

<sup>275</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 426-427.

Sous l'empire de la loi du 13 mai 1996, il y avait faute médicale simple « *en cas d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements* »<sup>276</sup>. Le législateur de 2000 a fait le choix des précisions et l'article est rédigé ainsi aujourd'hui : « *en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement* »<sup>277</sup>. Depuis 2000 apparaît ainsi le mot « faute », qui ne laisse plus de doute quant à la nature des comportements incriminés et le « s » de « règlement » a été retiré. Donc des modifications légères, mais qui ont leur importance.

Ces fines corrections témoignent du fait, qu'avant la loi de 2000, la définition de la faute médicale simple paraissait certainement suffisante. Mais là encore, et comme au sujet de la causalité, les auteurs ne s'entendent pas sur la qualité de sa définition. Certains affirment clairement : « *Le Code pénal ne définit pas la faute ordinaire* »<sup>278</sup>, quand d'autres estiment que « *la faute simple est largement définie* »<sup>279</sup>. Cependant, étant donné que la faute médicale simple n'a pas été profondément modifiée et qu'au surplus, la jurisprudence prospère quant à son contenu, sa définition est *a minima* claire, plus claire et existante que la causalité qui y est rattachée.

La faute simple peut être définie comme « *l'attitude psychologique consistant à ne pas vouloir réaliser l'événement infractionnel survenu alors que ce dernier était prévisible* »<sup>280</sup>. Mais l'étude n'est pas tant à la définition de la faute médicale simple, sinon à son sens, à son organisation. L'étude de sa dénomination permet de cerner sa nature. La faute médicale non intentionnelle peut effectivement couvrir deux natures différentes, à savoir être « simple », ou être « qualifiée ». La faute médicale simple est visée à l'alinéa quatre de l'article 121-3 du Code pénal, tandis que la faute médicale qualifiée est prévue à l'alinéa suivant. Cet agencement choisi par le législateur témoigne d'une certaine hiérarchie, d'un certain ordre de gravité. En effet, la gravité irrigue l'ensemble du droit pénal, même au sein de cet article, bien qu'elle ne soit pas d'une grande flagrance.

---

<sup>276</sup> C. pén. 1996, Art. 121-3, al 3.

<sup>277</sup> C. pén. 2000, Art. 121-3, al 4.

<sup>278</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.693.

<sup>279</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 426-427.

<sup>280</sup> BERNARDINI Roger, *Droit pénal général : Introduction au droit criminel, Théorie générale de la responsabilité pénale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Gualino, 2003, Coll. MANUELS, p. 309.

La faute médicale simple serait le « point zéro » de la gravité en matière de faute pénale non intentionnelle, lorsque la faute médicale qualifiée serait d'une gravité supérieure à celle de la faute simple. C'est en ce sens que s'est exprimé un auteur, lorsqu'il considère que la faute médicale simple est « *ici seulement retenue dans ce qu'elle révèle de défaillance ordinaire, sans se doubler d'une gravité particulière ou accentuée* »<sup>281</sup>. Dès lors, la faute médicale simple serait un « *médium entre la faute qualifiée et la faute légère* »<sup>282</sup>. Elle demeure donc « moins grave » que la faute médicale qualifiée mais plus grave en revanche que la faute énoncée à l'alinéa précédent, à savoir la mise en danger délibérée de la vie d'autrui. Effectivement, cette dernière se place avant la faute médicale simple et pourrait se voir attribuer la qualification de « faute légère », que des auteurs emploient souvent en réalité pour qualifier la faute simple. Il y aurait alors la faute médicale légère, qui « *constitue l'intermédiaire entre le dommage causé intentionnellement et le dommage résultant d'une imprudence* » et dont l'élément moral réside dans la violation manifestement délibérée d'une obligation, et la faute médicale simple, qui elle, consiste en une imprudence, une négligence ou un manquement à une obligation de prudence ou de sécurité et enfin, la faute médicale qualifiée, la plus grave d'entre elles. La gravité augmente donc dans les fautes, à mesure que sont lus les alinéas et dans un mouvement ascendant de gravité.

Mais quand bien même la faute médicale simple est « moins grave », elle reste « grave » dans les esprits et dans son essence même. Au sein de cet article 121-3 du Code pénal, il est donc réellement question de « gravité ». C'est un véritable critère de distinctivité dans la nature de la faute. Si paradoxalement le concept de gravité est assez méconnu par les pénalistes<sup>283</sup>, puisqu'exempt de définition et comblé de subjectivité, il est omniprésente.

Sur la définition pure de la faute médicale simple, l'article 121-3 du Code pénal donne des éléments permettant d'en comprendre sa consistance ainsi que sa teneur. En effet, la faute médicale simple peut, selon la lettre de l'article, consister en une imprudence, une négligence ou un manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement. L'imprudence et la négligence ne semblent pas poser de difficultés particulières aux juges répressifs lorsque le temps est venu de les caractériser.

---

<sup>281</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 426-427.

<sup>282</sup> Ibid.

<sup>283</sup> CARTUYVELS Yves, *Une approche criminologique de la gravité*, « Gravité et droit pénal », XXIV<sup>o</sup> Co. de l'AFDP, Lille, 5 mars 2020, Nt. Personnelles.

Pourtant, contrairement au manquement à une obligation, l'imprudence et la négligence ne sont pas exprimées par un texte<sup>284</sup>. En effet, l'obligation qui a été violée par le médecin n'est pas une obligation écrite, ce qui affaiblit l'aisance qu'ont les juges dans la caractérisation de ces deux types de fautes médicales simples. Et quant au manquement, un texte préexistait à l'atteinte, ce qui permet aux juges pénaux de déduire du défaut de précaution du médecin, l'absence de conformité du comportement constaté, à celui qui était originellement préconisé<sup>285</sup>. En ce sens, les juges doivent faire la démonstration que le médecin a commis un véritable manquement à un texte<sup>286</sup>. Et lorsque les magistrats parviennent à invoquer ce type de faute, ces derniers doivent également pouvoir indiquer « *la source et la nature exacte de l'obligation violée* »<sup>287</sup>. Donc l'identification du texte est indispensable.

Plus particulièrement, l'article 121-3 impose qu'il s'agisse d'un manquement à une obligation de prudence et de sécurité et que cette obligation soit de surcroît posée par la loi ou le règlement<sup>288</sup>. Sur l'obligation de prudence ou de sécurité, il faut simplement retenir que les réglementations, notamment en matière médicale mais non seulement, se sont accrues ces dernières décennies, ce qui sollicite auprès des médecins une plus grande rigueur comportementale. Ensuite, l'obligation doit être d'origine légale ou réglementaire, donc il ne convient pas de se référer à n'importe quelle réglementation<sup>289</sup>. Une auteure relève que « *si le terme de « loi » ne prête pas à la discussion, celui de « règlement » en revanche a suscité bien des commentaires* »<sup>290</sup>. Et c'est notamment pour cette raison que le législateur a rectifié un détail au sein de l'alinéa 3 de l'article 121-3, en transformant « les règlements » en « le règlement », parce que le pluriel de règlement supposait que de n'importe quel texte pouvait être tirée l'obligation manquée. Cette précision était donc de bon augure.

À présent, sur la mise en œuvre jurisprudentielle de la caractérisation de la nature de la faute médicale simple, un arrêt de 2016<sup>291</sup> a pu montrer une certaine rigueur de la part des juges répressifs.

---

<sup>284</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.694.

<sup>285</sup> Ibid.

<sup>286</sup> CORIOLAND Sophie, « Responsabilité pénale des personnes publiques : infractions non intentionnelles », *RRPP*, 2020, p.145-209.

<sup>287</sup> Cass. crim., 1<sup>er</sup> octobre 2008 : *Dr. pén.* 2009, comm. 4, obs, M. VERON, V° DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.694.

<sup>288</sup> CORIOLAND Sophie, « Responsabilité pénale des personnes publiques : infractions non intentionnelles », *RRPP*, 2020, p.145-209.

<sup>289</sup> Ibid.

<sup>290</sup> Ibid.

<sup>291</sup> Cass. crim., 13 septembre 2016, n°15-85.046, Publié au bulletin.

En l'espèce un médecin et responsable médical n'est pas intervenu, à aucun moment, pendant les séances d'épilation au laser suivies par la patiente qui a remarqué dès la première séance que des tâches anormales apparaissaient, ainsi qu'après la cinquième séance au cours de laquelle cette dernière a été prise en charge par une jeune femme qui ne parvenait pas à régler la machine utilisée. La patiente a ressenti des douleurs intenses et a constaté de nombreuses brûlures. Le médecin responsable médical, qui n'est intervenu ni avant, ni au moment des séances « *comme il en avait l'obligation* »<sup>292</sup>, a violé, démontrent les juges, « *des décrets des 6 janvier 1962 et 30 janvier 1974* »<sup>293</sup> et s'est rendu coupable de complicité de blessures involontaires. Les juges identifient clairement quel texte a fait l'objet d'une violation par le médecin et la nature de l'obligation, qui en l'occurrence consistait à surveiller les séances d'épilation de la patiente. En d'autres termes, la violation d'une obligation de surveillance mise à la charge d'un médecin peut servir de socle répressif lorsque celle-ci n'a pas permis d'empêcher les blessures ou le décès, quand bien même le manquement ne serait pas en lui-même une infraction<sup>294</sup>.

En outre, il ne faut pas perdre à l'esprit que la loi du 10 juillet 2000 a eu pour objectif de rompre avec l'appréciation *in abstracto* opérée par la jurisprudence dans la mise en œuvre de la faute médicale simple. La loi a effectivement requis l'emploi de la méthode d'appréciation *in concreto*, c'est-à-dire une méthode selon laquelle les juges pénaux prennent en compte dans leur appréciation la « *personne même d'un individu, avec ses besoins, ses aptitudes ou ses états de conscience subjectifs, ce qui oblige à scruter directement l'intériorité psychologique* »<sup>295</sup>. C'est l'appréciation que doivent notamment adopter les juges lorsqu'ils étudient les « diligences normales », mentionnées dans la seconde partie de l'alinéa trois du Code pénal et qui constituent une sorte de « condition suspensive » ne permettant pas de poursuivre pénalement la faute lorsqu'elles n'ont pas été réalisées.

---

<sup>292</sup> Ibid.

<sup>293</sup> Ibid.

<sup>294</sup> Cass. crim., 10 décembre 2002, n°02-81.415, Publié au bulletin.

<sup>295</sup> MARZEC Émilie, *Les conséquences de la loi du 10 juillet 2000 dans le domaine de la responsabilité médicale*, DORSNER-DOLIVET, Mémoire de DEA, Droit privé, Université de Lille 2 Droit et santé, École doctorale n°74, 2002-2003, p.63-64.

Paragraphe 2 *La condition exonératoire relative à l'accomplissement de diligences normales*

L'article 121-3 du Code pénal assure que la faute médicale simple n'est constituée que si le médecin n'a pas accompli les diligences normales. En effet, une telle faute peut être retenue « *s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.* »<sup>296</sup>. Le défaut d'accomplissement des diligences normales par le médecin apparaît alors comme la condition *sine qua non* pour que soit constituée pleinement et entièrement la faute médicale simple.

La loi du 10 juillet 2000 n'a pas changé cet alinéa issu de la loi du 13 mai 1996, alinéa qui a pour objectif principal de rompre avec l'appréciation *in abstracto* de la faute pénale non intentionnelle. Parce qu'effectivement, l'instauration du critère de l'absence de diligences normales incite inévitablement les juges, voire les oblige, à prendre en considération les circonstances de l'espèce et notamment la situation propre au justiciable concerné afin d'évaluer si l'ingérence réalisée était ou non justifiée<sup>297</sup>. Appliqué à la discipline médicale, ce type d'appréciation conduit les juges pénaux à prendre en considération les diligences normales qui incombaient au médecin en sa qualité de praticien médical. Si certains auteurs affirment que les diligences normales ne créent pas d'obstacle à l'établissement de la faute médicale simple<sup>298</sup>, il n'en reste pas moins qu'elle est une condition sans la réalisation de laquelle la faute ne peut être retenue à l'encontre du médecin. D'autant plus que, si les juges décèlent une causalité directe qui les mène forcément à une faute médicale simple, l'accomplissement de diligences normales évince toute responsabilité pénale du praticien, sans que les juges ne puissent essayer de déceler un autre type de faute qui admette uniquement une causalité indirecte par exemple. Dans ce sens, il ne convient tout de même pas de considérer que la condition du non-accomplissement des diligences normales est un rempart à toute répression en cas de causalité directe. Elle n'est en rien une forme de dépénalisation, quand bien même les « diligences normales » constituent une terminologie standard.

---

<sup>296</sup> C. pén. Art. 121-3, al 3.

<sup>297</sup> TERRÉ François et MOLFESSIS Nicolas, *Introduction générale au droit*, 11<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2019, Coll. Précis, p.75.

<sup>298</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.59.

Les diligences normales que doit accomplir le médecin doivent alors être appréciées *in concreto* et l'article 121-3 du Code pénal le fait savoir dès lors qu'il énonce « *compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.* »<sup>299</sup>. Toutes ces caractéristiques aident à l'appréciation du comportement fautif du médecin. Ainsi, la qualité de professionnel du prévenu influence la recherche de la conscience du risque créé par lui<sup>300</sup>, parce que « *l'obligation de compétence qui pèse sur le professionnel postule la compréhension et l'anticipation de l'ensemble des dangers inhérents à son activité* »<sup>301</sup>.

La diligence constitue le « *soin apporté, avec célérité et efficacité à l'accomplissement d'une tâche ; la qualité d'attention et d'application caractérisant une personne ou attendue d'elle* »<sup>302</sup>. Est ainsi diligent le médecin qui est « *attentif et ponctuel dans l'accomplissement de ses devoirs professionnels* »<sup>303</sup>. S'il est évidemment considéré que le médecin était capable d'intelligence et de volonté, il est reproché à ce dernier ne pas en avoir fait suffisamment usage<sup>304</sup>. De fait, l'attention du médecin s'est atténuée alors même qu'un « *devoir élémentaire de sociabilité, les règles de son art ou, plus nettement encore la loi ou le règlement, lui imposaient de rester sur ses gardes, de prendre des précautions et de veiller au respect d'un certain nombre de règles élémentaires* »<sup>305</sup>.

Quatre années après l'adoption de la loi du 10 juillet 2000, la jurisprudence est claire lorsqu'il s'agit d'énoncer les raisons pour lesquelles le médecin n'a pas accompli lesdites diligences normales. D'ailleurs, la formule de l'article 121-3 du Code pénal est reprise telle qu'elle.

---

<sup>299</sup> C. pén. Art. 121-3, al 3.

<sup>300</sup> COTTE Bruno et GUIHAL Dominique, *La loi Fauchon, cinq ans de mise en œuvre jurisprudentielle*, Responsabilité pénale, Droit pénal n°4, Étude n°6, 2006, pt.47.

<sup>301</sup> Ibid.

<sup>302</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.348-349, V° « Diligence ».

<sup>303</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.349, V° « Diligent, ente ».

<sup>304</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.695.

<sup>305</sup> Ibid.

Ce fut notamment le cas lorsque la Haute juridiction a décidé au sujet d'un médecin, qu' « *en laissant en place trop longtemps les prothèses infectées en les remplaçant par de nouvelles prothèses dans les loges rétropectorales largement ouvertes sur une zone infectée, [le médecin], qui n'a pas accompli les diligences normales lui incombant compte tenu de sa mission, de ses compétences ainsi que des moyens dont il disposait, a commis de graves fautes de négligence et d'imprudence ayant un lien de causalité certain avec le dommage subi par la victime* »<sup>306</sup>. La formule est explicite mais il est possible de remarquer que la rigueur s'atténue à mesure que les années s'écoulent. Mais curieusement, en souhaitant opérer une comparaison, il est possible de remarquer qu'après les années 2014-2015, il est quelque peu difficile de trouver<sup>307</sup> des condamnations de médecins du chef d'homicide ou de blessures involontaires ayant causé directement un dommage à un patient. Même les livres les plus récents ne mentionnent pas d'arrêts plus neufs que ceux de l'année 2013 en la matière<sup>308, 309</sup>.

Néanmoins, très récemment, la chambre criminelle a confirmé un arrêt de la Cour d'appel de Pau<sup>310</sup> dans lequel les juges du fond ont constaté un défaut d'accomplissement des diligences normales de la part d'un médecin, ce qui demeure assez exceptionnel.

En l'espèce, une patiente a été admise pour son accouchement le 16 juin 2012. Le même jour, le décès *in utero* de sa fille a été constaté. Les parents de la défunte ont « *mis en cause la qualité de la prise en charge de leur fille* »<sup>311</sup>. L'expertise médicale réalisée par un collège de trois experts a conclu que le décès de l'enfant était dû à une défaillance multiviscérale et que l'enchaînement léthal à l'origine du décès était dû à un retard de diagnostic « *rattachable à une prise en charge défaillante sur le plan médical les premières heures après l'admission [de la patiente], d'autant plus fautive que les antécédents chirurgicaux abdominaux de l'intéressée étaient connus. Ces derniers auraient dû alerter le médecin, sur la possible origine digestive des douleurs abdominales* »<sup>312</sup>.

---

<sup>306</sup> Cass. crim., 19 octobre 2004, n°04-80.317, Publié au bulletin.

<sup>307</sup> Constatations à partir de la base de données Légifrance.fr.

<sup>308</sup> Entre autres : DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.693-695 et DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé : prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, 1ère édition, Paris, DALLOZ Référence, 2019-2020, p.916.

<sup>309</sup> En ce sens, Annexe 2.

<sup>310</sup> C.A. PAU, 2 juillet 2019.

<sup>311</sup> Cass. crim., 30 octobre 2019, n°19-85.319, Inédit.

<sup>312</sup> Ibid.

Les juges de cassation confirment, après contrôle des analyses des juges du fond et sur expertise médicale, que « *les diligences de Mme J..., médecin, n'étaient pas en adéquation avec les bonnes pratiques usuelles attendues dans ce type de situation, malgré de multiples informations et paramètres cliniques qui auraient dû l'alerter. Elle n'avait jamais remis en question son diagnostic initial reliant les douleurs à un processus génésique mal toléré* »<sup>313</sup>. Et la Cour ajoute même ce que le médecin aurait dû faire en ces termes : « *la plus élémentaire prudence médicale commandait certainement à Mme J... de ne pas immédiatement ou trop rapidement écarter cette piste mais d'envisager, et de mettre en œuvre, des examens approfondis et de solliciter, par exemple, l'intervention pour examen et avis d'un praticien en chirurgie digestive* »<sup>314</sup>. La décision est donc motivée et le médecin est condamné du chef d'homicide involontaire. Mais cette espèce est pour le moins étonnante. En l'étudiant, il faut nécessairement remarquer que la jurisprudence utilise des termes bancals mais qui renvoient effectivement aux diligences normales de l'article 121-3 du Code pénal, à savoir les diligences qui n'étaient pas « *en adéquation avec les bonnes pratiques usuelles attendues dans ce type de situation* ». La formule manque de rigueur mais a le mérite d'avoir été étayée par des exemples montrant comment le médecin aurait dû se comporter au regard de la situation, comme le recommande certainement le comportement d'un « bon médecin » dans les mêmes circonstances. Donc, même si la formule est peu adaptée, l'appréciation *in concreto* est effectuée.

Toutefois, ce type d'appréciation de la faute médicale simple comporte quelques défauts. N'est absolument pas remis en cause le fait que l'appréciation de type *in concreto* a toute sa place en droit pénal médical, comme le sous-entend implicitement le principe selon lequel la responsabilité pénale est personnelle. Il est rationnel que l'appréciation du comportement du médecin soit opérée en fonction des circonstances de l'espèce, eu égard au domaine particulier qu'incarne le monde médical. Cependant, l'appréciation est critiquable en cette matière, tout comme dans les matières où le risque est particulièrement élevé, puisque, s'il est concevable que le médecin doive bénéficier de compétences minimums, le jeune médecin n'en possède peut-être pas autant qu'un médecin en fin de carrière. De fait, les diligences attendues du jeune médecin ne sont forcément pas les mêmes que celles attendues du médecin expérimenté par les années de pratique.

---

<sup>313</sup> Ibid.

<sup>314</sup> Cass. crim., 30 octobre 2019, n°19-85.319, Inédit.

C'est en réalité un inconvénient sans en être un. Si *a priori* il est possible de penser qu'une rupture d'égalité existe lorsque les juges examinent *in concreto* les compétences du médecin, c'est en fait au contraire, un gage d'égalité.

La faute médicale simple n'a finalement pas subi de fortes modifications. Mais les attentes de mutation n'étant pas centrées sur ce type de faute, il est normal que celle-ci n'ait pas fondamentalement changé, ce qui a permis dans le même temps de conserver une continuité jurisprudentielle qui n'est pas négligeable au regard de la sécurité juridique des justiciables. L'appréciation n'a pas changé non plus, bien que l'adhésion par la jurisprudence à la méthode *in concreto* ait été difficile<sup>315</sup>. Aussi, la faute médicale simple n'est plus l'enfant unique de l'article 121-3 du Code pénal, puisqu'à ses côtés est née la faute qualifiée qui couvre deux comportements différents et ce depuis maintenant vingt ans, sans qu'aucune modification n'y ait été apportée.

---

## Section 2      La faute médicale qualifiée

---

Grande élue de la loi du 10 juillet 2000, la faute médicale qualifiée a pris place au sein de l'alinéa quatre de l'article 121-3 du Code pénal lorsqu'un lien de causalité indirecte est constaté entre la faute du médecin et la réalisation du dommage. La création de la faute médicale qualifiée, qu'il est également possible de croiser sous le nom de « faute aggravée », constitue « la » réponse aux attentes des sollicitateurs de la loi de 2000. En effet, il avait été requis que le législateur instaure une causalité indirecte, sur le chemin de laquelle ne pourrait être caractérisée qu'une faute médicale qualifiée, laissant les juges à l'examen, soit d'une faute médicale délibérée (Paragraphe 1), soit d'une faute médicale caractérisée (Paragraphe 2).

### Paragraphe 1 La faute médicale délibérée

La faute médicale délibérée naît aux côtés de la faute médicale caractérisée afin de former ensemble la « faute médicale qualifiée ». Exaucé, le vœu de création d'une causalité indirecte propre à ne s'appliquer qu'aux personnes physiques peut conduire dans une première modalité à cette faute particulière qu'est la faute médicale délibérée.

---

<sup>315</sup> MARZEC Émilie, *Les conséquences de la loi du 10 juillet 2000 dans le domaine de la responsabilité médicale*, DORSNER-DOLIVET, Mémoire de DEA, Droit privé, Université de Lille 2 Droit et santé, École doctorale n°74, 2002-2003, p.63-64.

Particulière car les auteurs sont unanimes : cette faute « *ne peut avoir en matière médicale qu'une application limitée* »<sup>316</sup>. Le caractère exceptionnel de la rencontre de cette faute dans le domaine de responsabilité lié à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins<sup>317</sup> s'explique par le fait qu'un médecin n'est pas animé par le désir de transgression de la norme. Néanmoins, des applications de celle-ci restent possibles au sein de secteurs très marqués de l'activité médicale, ce qu'a d'ailleurs compris la jurisprudence<sup>318</sup>. Pour cerner cette particularité, il est nécessaire de procéder à l'autopsie de ladite faute.

La faute médicale délibérée a pris place au sein de la première partie de l'alinéa quatre de l'article 121-3. En tant que première modalité de la faute médicale qualifiée, la faute délibérée est constituée lorsque le médecin a « *violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement* »<sup>319</sup>. Il convient avant toute chose de comprendre la gravité de ce type de faute par la place qu'elle occupe au sein de l'article. Si la gravité est croissante à mesure qu'est lu l'article, alors les fautes contenues à l'alinéa quatre peuvent être considérées comme graves. Plus graves que les précédentes. En effet, toujours dans cet ordre croissant, la faute médicale délibérée serait même moins grave que la faute médicale caractérisée qui la suit de près, constituant la seconde modalité de la faute médicale qualifiée. Donc là encore, il est possible d'affirmer que l'article présente réellement un ordre de gravité croissant qui n'est pas négligeable.

À la lecture de la lettre de l'alinéa quatre de l'article 121-3 doivent donc être réunis à la fois la violation délibérée d'une obligation qui revêt un caractère « particulier » et le fait que cette obligation soit prévue par la loi ou le règlement. Cette physionomie paraît presque embrasser celle de la faute médicale simple, mais les deux types de fautes sont divergents en certains points. Le comportement du médecin n'est par essence pas le même dans l'une ou l'autre des situations fautives.

Le comportement délibéré d'un médecin « *procède d'une résolution intime mûrement réfléchie : se dit d'une action consciente et décidée, d'un fait que son auteur accomplit résolument après l'avoir examiné en lui et pesé* »<sup>320</sup>.

---

<sup>316</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.60.

<sup>317</sup> DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé : prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, DALLOZ Référence, 2019-2020, p.913.

<sup>318</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.60.

<sup>319</sup> C. pén. Art. 121-3, al 4.

<sup>320</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.318-319, V° « Délibéré ».

Un tel comportement semble avoir trait à un fait intentionnel, n'entrant donc pas en considération dans le champ de l'article 121-3 du Code pénal. Néanmoins, le droit pénal accepte que ces faits entrent dans le cercle de la non-intention. Effectivement, il est admis que le médecin savait qu'il violait une obligation de prudence ou de sécurité, mais qu'il a quand même agi, « *en étant convaincu que le dommage ne surviendrait pas ou qu'il parviendrait à l'éviter* »<sup>321</sup>. C'est un peu comme l'individu qui se comporte tel un héros, en enfreignant les règles, sans prendre réellement conscience des conséquences de ses actes. C'est enfin « celui qui veut bien faire », en vain. Cette inconscience traduit l'absence dans l'esprit du médecin de vouloir que le dommage se réalise et c'est ce qui permet de faire entrer ce comportement dans le champ des délits non intentionnels. La faute médicale délibérée, « *parce qu'elle comporte une part de volonté, [...] se rapproche de l'intention sans pour autant s'identifier à elle, car elle en constitue en quelque sorte l'antichambre* »<sup>322</sup>. Finalement, le médecin s'est méjugé « *sur la puissance causale de son acte* »<sup>323</sup>. Si ces faits entrent finalement dans le champ de l'élément moral des délits non intentionnels, ils ne pénètrent dans le cadre du droit pénal que lorsque le médecin a violé une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement<sup>324</sup>. Une simple violation délibérée ne suffit pas à ce qu'elle soit saisie par lui. Il est nécessaire pour ce faire – tout comme dans le cas de la faute médicale simple – que soit précisément visé le texte dont l'une des obligations a fait l'objet d'un viol par le médecin. Plus précisément, l'obligation doit être contenue au sein d'une loi ou d'un règlement « *au sens constitutionnel du terme* »<sup>325</sup>.

À ce stade, il n'existe apparemment pas de différence flagrante entre les fautes médicales simple et délibérée. Toutefois, un terme les sépare. En effet, l'obligation violée dans le cas d'une faute médicale délibérée doit être « particulière » de prudence ou de sécurité, ce qui n'est pas précisé par le législateur au sein du troisième alinéa de l'article 121-3. C'est-à-dire que l'obligation en cause doit commander « *de faire ou de ne pas faire quelque chose de précis* »<sup>326</sup>.

---

<sup>321</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.710.

<sup>322</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.60.

<sup>323</sup> ROUSVOAL Laurent, *L'infraction composite : essai sur la complexité en droit pénal*, MORVAN Patrick, Thèse de doctorat, Droit, Université Rennes 1, 2011, p.173.

<sup>324</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.711.

<sup>325</sup> Ibid.

<sup>326</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.712.

Ou encore, il doit s'agir d'une « règle objective et précise, clairement applicable, et non pas des règles générales de conduite, telles des obligations de nature déontologique, laissant une grande latitude d'appréciation individuelle »<sup>327</sup>. Il ne suffit donc pas par exemple que les juges du fond mentionnent que le chirurgien ou un autre praticien médical a violé des obligations inhérentes à la déontologie médicale qui s'imposaient en la matière. Toutefois, la question paraît sensible en droit pénal médical car « le Code de déontologie médicale contient de nombreuses obligations de prudence ou de sécurité qui pèsent sur les praticiens »<sup>328</sup>. Et les juges du fond ont déjà eu l'occasion de fonder une condamnation sur la violation de deux obligations de ce code, sans que les juges de cassation ne l'aient censurée<sup>329</sup>, tandis que les obligations énoncées par le Code de déontologie ne sont absolument pas particulières, puisqu'elles visent tous les praticiens médicaux et non seulement une catégorie de praticiens. Néanmoins, la jurisprudence ne semble pas avoir « pris pour acquis » l'assimilation des obligations contenues dans ledit code au règlement, « même si une évolution semble poindre en jurisprudence concernant le délit de mise en danger de la personne d'autrui, prévu à l'article 223-1 du Code pénal »<sup>330</sup>. En effet, la jurisprudence se montre oscillante concernant l'obligation particulière de prudence ou de sécurité. Ce phénomène est peut-être dû au fait que le législateur a donné une définition claire de la faute médicale délibérée, voire l'a enfermée<sup>331</sup>.

Cependant, dix années après ces vacillements jurisprudentiels, les juges pénaux acteurs du droit pénal médical paraissent avoir assimilé la règle attachée à la violation de l'obligation particulière de prudence ou de sécurité ; en témoignent certaines espèces dont celle où la Cour relève au sujet d'un chirurgien, que ce dernier « a délibérément violé les dispositions de l'article 12 du décret n°2002-194 du 11 février 2002, qui lui imposent l'obligation particulière d'être assisté au cours des opérations qu'il pratique par des personnes spécialement qualifiées, et qui constituent une obligation de sécurité »<sup>332</sup>.

---

<sup>327</sup> Cass. crim., 18 mars 2008, n°07-83.067, Bull. crim. 2008, Ds. LAMANDA Vincent et MARIN Jean-Claude, *Le risque*, Cour de cassation, 2011, Rapport annuel, p.283.

<sup>328</sup> DANTI-JUAN Michel, *Les orientations actuelles de la responsabilité pénale en matière médicale*, Paris, Ed. Cujas, 2013, Coll. Travaux de l'institut de sciences criminelles de Poitiers, n°28, p.22, « Le médecin imprudent », MISTRETTA Patrick.

<sup>329</sup> Cass. crim., 18 mars 2008, n°07-83.067.

<sup>330</sup> DANTI-JUAN Michel, *Les orientations actuelles de la responsabilité pénale en matière médicale*, Paris, Ed. Cujas, 2013, Coll. Travaux de l'institut de sciences criminelles de Poitiers, n°28, p.22, « Le médecin imprudent », MISTRETTA Patrick.

<sup>331</sup> Ibid.

<sup>332</sup> Cass. crim., 18 mai 2010, n°09-83.032, Inédit.

Le même schéma a également été dessiné la même année<sup>333</sup>. Donc les juges désignent spécifiquement en pratique le texte violé par le médecin, en le mentionnant et parfois même les juges expliquent ce qu'aurait dû faire le médecin pour éviter ladite violation et donc la réalisation du dommage. De surcroît, il est nécessaire de préciser que « *c'est la violation de l'obligation qui doit être délibérée* »<sup>334</sup>.

Aussi, les disparités entre les fautes médicales simple et délibérée s'accroissent-elles dès lors qu'est étudiée la façon dont la jurisprudence les apprécie. Effectivement, la loi du 10 juillet 2000 a préconisé que soit appliquée la méthode d'appréciation *in concreto*. Si quelques traces restent d'une appréciation *in abstracto* quant à l'établissement de la faute médicale simple, il n'en va pas de même pour la faute médicale délibérée qui oblige les juges à l'appréciation concrète. De surcroît, le législateur de 2000 a pris le soin d'insérer le terme « *manifestement* »<sup>335</sup> dans la définition de la faute médicale délibérée. L'introduction de cet adverbe entraîne *de facto* l'exigence d'une appréciation *in concreto*, qui implique que la violation consciente par le médecin de l'obligation particulière de prudence ou de sécurité doit « *sauter aux yeux* »<sup>336</sup>.

Néanmoins, force est de constater que les condamnations pour faute médicale délibérée sont un phénomène rare. Seuls quelques exemples jurisprudentiels existent au lendemain de l'entrée en vigueur de la loi de 2000<sup>337</sup>.

Afin de caractériser la violation délibérée de l'obligation par le médecin, il est nécessaire que les juges du fond établissent que ce dernier connaissait effectivement l'obligation précise de prudence ou de sécurité qui a été transgressée et qu'au surplus, la transgression ait été effectuée « *en pleine connaissance de cause* »<sup>338</sup>. Pour illustrer cette appréciation, les juges du fond ont condamné un médecin anesthésiste du chef de blessures involontaires aggravées, en ce qu'il « *a, par un manquement délibéré à une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, involontairement causé des blessures* »<sup>339</sup>.

---

<sup>333</sup> En ce sens, Cass. crim., 29 juin 2010, n°09-81.661. Ds. LAMANDA Vincent et NADAL Jean-Louis, *Le droit de savoir*, Cour de cassation, 2010, Rapport annuel, p.449.

<sup>334</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.713.

<sup>335</sup> C. pén. Art. 121-3, al. 4.

<sup>336</sup> DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5ème édition, Paris, LexisNexis, 2019, Coll. MANUEL, p.715.

<sup>337</sup> Dans le même sens, chaque ouvrage récent consulté utilise les deux mêmes exemples.

<sup>338</sup> Cass. crim., 3 décembre 2002 : Bull. crim. n° 219 V° PONCELET Christian et CANIVET Guy, « Les délits non intentionnels – La loi Fauchon : 5 ans après », *Sénat, Cour de cassation, Colloque*, 1<sup>er</sup> mars 2006.

<sup>339</sup> Cass. crim., 11 septembre 2001, n°00-85.473, Publié au bulletin.

Et les juges d'appel identifient l'obligation transgressée tout en appréciant la violation au regard de celle-ci en ces dires : « *Qu'en méconnaissance du décret du 5 décembre 1994, le prévenu n'a procédé à aucune consultation préanesthésique, ni examen médical le jour de l'intervention, alors que l'un des malades portait un stimulateur cardiaque ; qu'enfin, après l'intervention, il n'a assuré aucune surveillance, laissant ses clients regagner leur domicile, malgré les troubles qu'ils présentaient* »<sup>340</sup>.

Cependant, il est des fois où les juges du fond ont le cœur tiraillé entre faute médicale délibérée et caractérisée. S'ajoute à ce phénomène le fait que les juges ne justifient pas avec rigueur les choix opérés comme il est requis en matière de faute médicale délibérée. En effet, les juges d'appel ont par exemple condamné un chirurgien en retenant à son égard une « *faute caractérisée tout en fondant celle-ci sur la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité, le tout sans prendre la peine de venir préciser les dispositions légales ou réglementaires auxquelles elle entendait se référer* »<sup>341</sup>. Les juges du fond commettent alors une double erreur, qui illustre la nécessité d'effectuer une appréciation *in concreto*. Aussi, l'articulation de l'alinéa 4 de l'article 121-3 du Code pénal permet de voir en l'espèce qu'elle est efficace. Si les juges du fond n'utilisent pas la lettre de l'article en constatant, pour chacune de l'une ou de l'autre faute les éléments nécessaires à sa caractérisation, alors les juges de cassation peuvent détecter efficacement les erreurs d'appréciation commises. En l'espèce il est flagrant que la violation manifestement délibérée d'une obligation de prudence ou de sécurité, qui au surplus n'est pas démontrée, ne peut satisfaire à la qualification de faute médicale caractérisée, qui elle, requiert l'exposition d'un patient à un risque d'une particulière gravité<sup>342</sup>.

L'alinéa quatre de l'article 121-3 du Code pénal, au stade de la faute médicale délibérée, est bien façonné de sorte qu'il n'est pas rendu possible pour les juges du fond de confondre les deux fautes conduisant à l'atténuation de leurs intérêts respectifs.

---

<sup>340</sup> Ibid.

<sup>341</sup> ARCHER Frédéric, « Droit pénal médical », *RGDM*, n°48, 2013, p.271-276.

<sup>342</sup> Ibid.

Finalement, cette faute particulière qu'est la faute médicale délibérée justifie sa géographie au sein de l'article 121-3 du Code pénal en ce qu'elle « *ne procède pas d'une même démarche psychologique, et qu'il est des fautes qui peuvent se distinguer sur le critère d'une gravité subjective plus marquée* »<sup>343</sup>. Il en va également ainsi pour la faute médicale caractérisée, seconde modalité de la faute médicale qualifiée. En effet, possédant à tout le moins le même ordre de gravité que la faute délibérée, la faute caractérisée est la dernière faute énoncée à l'article 121-3. Celle-ci est complémentaire à la faute délibérée, mais se distingue par la nature du comportement fautif involontaire du praticien médical qu'elle réprime.

### Paragraphe 2 *La faute médicale caractérisée*

« Labyrinthique ». C'est le terme employé par un auteur<sup>344</sup> pour qualifier la définition qu'a donné le législateur à la faute médicale caractérisée lors de l'adoption de la loi du 10 juillet 2000. Complément de la faute médicale délibérée, la faute médicale caractérisée est également définie à l'alinéa quatre de l'article 121-3 du Code pénal qui dispose en effet à son sujet que « *Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, [...] soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer* »<sup>345</sup>. La faute médicale caractérisée fait elle aussi corps à la causalité indirecte et concerne les seules personnes physiques.

De prime abord, le terme « caractérisée » est complètement neuf en droit pénal positif<sup>346</sup> à partir de 2000. Ce phénomène implique de laisser à la jurisprudence, ainsi qu'à la doctrine, dans les premiers temps de vigueur de la loi du 10 juillet 2000, le soin d'appréhender la terminologie pour la mettre en œuvre le plus fidèlement possible à la volonté du législateur.

En saisissant la définition pure et simple de la faute médicale caractérisée, celle-ci requiert la commission d'une faute caractérisée « et qui » expose autrui à un risque d'une particulière gravité que les personnes physiques qui n'ont pas directement causé le dommage ne pouvaient ignorer. Les éléments constitutifs de la faute caractérisée sont bancals.

---

<sup>343</sup> MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 380-430.

<sup>344</sup> SOYER Jean-Claude, *Droit pénal et procédure pénale*, 15<sup>ème</sup> édition, Paris, LGDJ, 2000, p.349.

<sup>345</sup> C. pén. Art. 121-3, al 4.

<sup>346</sup> PONSEILLE Anne, « La faute caractérisée en droit pénal », *RSC*, 2003, p.79.

Effectivement, la formule « et qui » laisse paraître que l'exposition d'autrui à un risque s'ajoute à la constatation d'une faute caractérisée sans définir cette dernière, même partiellement. La faute médicale caractérisée est en réalité non définie. Son énoncé revient à dire de façon tautologique qu'il faut une faute caractérisée et une exposition d'autrui à un risque d'une particulière gravité. Si la seconde composante est saisissable, il n'en va pas de même pour la faute caractérisée elle-même. Pour en comprendre l'essence, il faut se tourner vers les explications qu'avaient données les travaux préparatoires de la loi du 10 juillet 2000.

Avant que ne soit adoptée cette loi, le rapport<sup>347</sup> remis en deuxième lecture à l'Assemblée nationale explique que la faute caractérisée devait à l'origine être définie de la sorte : « *soit commis une faute d'une exceptionnelle gravité exposant autrui à un danger qu'elles ne pouvaient ignorer* »<sup>348</sup>. Mais cette définition faisait écho à la faute inexcusable apparue en 1898 à l'article 452-1 du Code de la sécurité sociale, que la jurisprudence considérait de manière constante comme<sup>349</sup> « *une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait avoir eu son auteur, de l'absence de toute cause justificative et se distinguant par le défaut d'un élément intentionnel de la faute visée au paragraphe 1<sup>er</sup> dudit article [intentionnelle]* »<sup>350</sup>. Alors le gouvernement a présenté un amendement sur la définition d'origine, afin que celle-ci soit modifiée en ces termes : « *soit commis une faute caractérisée en ce qu'elle exposait autrui à un risque d'une particulière gravité que ces personnes ne pouvaient ignorer* »<sup>351</sup>. Le but de cet amendement était de « *prendre en compte les légitimes interrogations exprimées par certaines associations de victimes* »<sup>352</sup>.

La garde des Sceaux<sup>353</sup> de l'époque a justifié la proposition d'amendement, en ce qu'il « *tend à proposer une définition plus précise et moins ambiguë de la faute caractérisée susceptible, avec la violation manifestement délibérée d'une obligation de sécurité, de constituer la faute pénale exigée par le nouveau texte en cas de causalité indirecte.*

---

<sup>347</sup> Rapport n° 2528 de M. René DOSIERE, fait au nom de la commission des lois, déposé le 30 juin 2000.

<sup>348</sup> Ibid.

<sup>349</sup> PONSEILLE Anne, « La faute caractérisée en droit pénal », *RSC*, 2003, p.79.

<sup>350</sup> Cass. Ch. réunies., 15 juillet 1941, n°00-26.836, Inédit.

<sup>351</sup> Rapport n° 2528 de M. René DOSIERE, fait au nom de la commission des lois, déposé le 30 juin 2000.

<sup>352</sup> Ibid.

<sup>353</sup> Elisabeth GUIGOU.

*Il n'est en effet pas possible de conserver une rédaction qui laisserait croire, même à tort, que la responsabilité pénale en cas de causalité indirecte ne pourra être engagée que dans des hypothèses si exceptionnelles qu'il en résulterait dans de nombreux cas des impunités choquantes* »<sup>354</sup>.

Néanmoins, cet amendement n'a pas été retenu par le Sénat au prétexte que l'expression « en ce qu'elle » risquait de « *lier l'appréciation de la faute à ses conséquences dommageables* »<sup>355</sup> alors que l'objectif était que la faute caractérisée soit « *jugée pour ce qu'elle est* »<sup>356</sup>. Finalement, l'expression « en ce qu'elle » a été remplacée par « et qui », d'où le besoin désormais de réunir deux conditions pour que soit constituée la faute médicale caractérisée.

La faute médicale caractérisée consiste alors pour le médecin en la commission d'une telle faute tout en exposant un patient à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer. Finalement cette faute existe « *lorsque le praticien n'a pas conscience du résultat, mais a conscience des risques qu'il crée* »<sup>357</sup>. Il convient alors de démontrer que le médecin « *ne pouvait pas ne pas savoir que son action ou omission créait à l'encontre du patient un danger d'une particulière gravité* »<sup>358</sup>. Ce type de faute laisse saisir la proximité qui existe entre la faute médicale délibérée qui est son complément. Effectivement, les fautes médicales délibérée et caractérisée sont engendrées par le biais d'une causalité indirecte. Le médecin ne heurte pas matériellement son patient, mais par ses choix, ses gestes intangibles pour le patient, crée un dommage. Ce qui demeure paradoxal est que les deux fautes se frôlent, puisque la faute délibérée du médecin peut, tout comme la faute médicale caractérisée, exposer le patient à un risque d'une particulière gravité, étant donné que le médecin « ne pouvait ignorer » ledit risque dans la seconde hypothèse. Et chaque médecin, lorsqu'il viole délibérément une obligation de prudence ou de sécurité, sait pertinemment que cette violation va exposer son patient à un risque particulièrement grave. Au surplus, dans les deux volets de la faute qualifiée, le résultat n'est pas souhaité par le médecin.

---

<sup>354</sup> Rapport n° 2528 de M. René DOSIERE, fait au nom de la commission des lois, déposé le 30 juin 2000.

<sup>355</sup> Ibid.

<sup>356</sup> Ibid.

<sup>357</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.60.

<sup>358</sup> PIN Xavier, *Droit pénal général*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2012, Coll. Cours, In. MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.60.

Seules de minimes précisions sur la signification de la faute médicale caractérisée ont été octroyées lors des débats parlementaires. Et son appréciation a été laissée aux juges du fond, contrôlée par la Cour de cassation qui veille à ce que cette dernière soit opérée *in concreto*, tel que l'a commandé la loi du 13 mai 1996. Seuls de maigres éléments ont en effet guidé les juges, à savoir que la faute caractérisée « désigne une faute dont les éléments sont bien marqués, affirmés, avec netteté. [...] Il ne s'agit pas d'une faute ordinaire, simple, fugace ou fugitive. Elle doit présenter un degré certain de gravité »<sup>359</sup>. Une auteure ajoute que la faute médicale caractérisée peut s'agir d'un « acte d'imprudence, d'une négligence et même d'un manquement à une obligation générale de prudence ou de sécurité »<sup>360</sup>. Mais ces indices succincts ne permettent pas réellement d'éclaircir les contours de la faute médicale caractérisée, bien qu'il faille qu'elle recouvre un « degré certain de gravité ».

La gravité. Cette dernière est de retour pour aider à la définition de l'une des fautes pénales non intentionnelles. Elle semble être un réel vecteur définitionnel. Et les avis sont partagés dès lors qu'est étudiée la dénomination de la faute « caractérisée » à la lumière de sa gravité. En effet, certains auteurs pensent que « l'adjectif « caractérisée » ne renseigne pas sur la gravité mais seulement sur l'idée d'adéquation »<sup>361</sup> et d'autres, « qu'il vise la gravité »<sup>362</sup>. Cependant, dans la seconde acception il est difficile d'attribuer au terme « caractérisée » une certaine intensité de gravité. Ce qui est caractérisé constitue simplement ce qui est établi, patent, flagrant<sup>363</sup>. Rien qui puisse malheureusement étayer la gravité de la faute médicale caractérisée. Néanmoins, ce qui s'avère effectif est que des deux fautes, délibérée et caractérisée, commises par un médecin, la première semble plus inacceptable que la seconde. La « violation » d'une obligation de prudence ou de sécurité semble plus grave que « l'exposition » d'autrui à un danger. Il peut alors être regrettable que le législateur n'ait pas placé la faute médicale caractérisée avant la faute médicale délibérée au sein de l'article 121-3 du Code pénal. Finalement, bien qu'il soit incontestable que la faute caractérisée a nourri le spectre des fautes pénales, celle-ci a « parallèlement conduit à un « cryptage » de leur gradation »<sup>364</sup>.

---

<sup>359</sup> Rapport n° 2528 de M. René DOSIERE, fait au nom de la commission des lois, déposé le 30 juin 2000.

<sup>360</sup> PEREIRA Brigitte, « Existence de la responsabilité pénale », *Rép. De droit pénal et de procédure pénale*, 2017 [actualisation 2020], p.33-43.

<sup>361</sup> PONSEILLE Anne, « La faute caractérisée en droit pénal », *RSC*, 2003, p.79.

<sup>362</sup> Ibid.

<sup>363</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.151, V° « Caractérisé, ée ».

<sup>364</sup> GOETZ Dorothée, « Violences involontaires : appréciation de la faute caractérisée », *Dalloz Actualité*, 2016, Nt. Cass. crim., 28 juin 2016, n°15-83.862.

Dès lors, la perspective de gradation croissante de la gravité à mesure que sont lus les alinéas ne fonctionne plus, pour ce dernier alinéa. La faute caractérisée se place en effet, en matière de gravité, entre la faute simple et la faute délibérée.

L'exposition d'un patient à un risque d'une particulière gravité par un médecin est malheureusement très courante dans la pratique médicale. Car, comme le relève un auteur, « *il est vrai que le médecin est avant tout un être humain qui exerce son art avec ses forces, mais aussi avec ses faiblesses* »<sup>365</sup>. Donc la majorité des condamnations de médecin dans le cadre d'une causalité indirecte concerne la faute médicale caractérisée. Pour ce faire, les juges du fond doivent s'en remettre à la définition lacunaire de la faute caractérisée. Pour rappel, deux conditions doivent être réunies, à savoir une faute caractérisée et l'exposition d'autrui à un risque d'une particulière gravité que le médecin ne pouvait ignorer. Ne possédant pas la consistance de la première condition, les juges analysent l'exposition du patient à un risque d'une particulière gravité, qui demeure alors « *l'élément déterminant de la définition de cette faute* »<sup>366</sup>. L'appréciation s'effectue alors *in concreto* et les juges doivent rechercher si le médecin, et plus génériquement l'auteur de la faute, connaissait ou ne pouvait pas connaître les risques<sup>367</sup>.

La jurisprudence a retenu que constituait une faute caractérisée, et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité que le praticien ne pouvait ignorer, le fait pour « *un médecin anesthésiste de quitter une salle d'opération en laissant sans surveillance par un personnel habilité sa patiente toujours placée sous anesthésie générale et qui devait subir une seconde intervention* »<sup>368</sup>. A également fait l'objet d'une condamnation le médecin généraliste qui n'a pas effectué les examens nécessaires permettant d'éviter le décès de son patient, alors que sa profession ne pouvait lui faire « *qu'envisager une occlusion intestinale dont il avait nécessairement conscience des graves conséquences* »<sup>369</sup>. La Cour considère que ledit médecin « *a commis des fautes caractérisées qui ont contribué à la survenance du décès en exposant [le patient] à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer* »<sup>370</sup>.

---

<sup>365</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.60.

<sup>366</sup> PONSEILLE Anne, « La faute caractérisée en droit pénal », *RSC*, 2003, p.79.

<sup>367</sup> Cass. Crim., 26 novembre 2002. In. PEREIRA Brigitte, « Existence de la responsabilité pénale », *Rép. De droit pénal et de procédure pénale*, 2017 [actualisation 2020], p.33-43.

<sup>368</sup> Cass. crim., 15 janvier 2019, n°17-86.461, NP. In. DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé : prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, DALLOZ Référence, 2019-2020, p.914.

<sup>369</sup> Cass. crim., 10 septembre 2019, n°18-85.019, NP.

<sup>370</sup> Ibid.

Le médecin s'est rendu coupable d'une omission d'effectuer des examens complémentaires et a exposé le patient à un risque grave qu'il connaissait, d'autant plus que des collègues praticiens médicaux l'avaient alerté à deux reprises sur l'état dudit patient.

Toutefois, toutes les espèces liées à l'activité médicale n'entrent pas dans des cases préétablies. Bien que l'agencement de l'article 121-3 du Code pénal soit efficace, il est des cas qui requièrent une appréciation qui pourrait être qualifiée de « sur-mesure ». En effet, une pratique témoigne de ce phénomène : l'accumulation de fautes simples d'imprudence ou de négligence mène à la faute caractérisée<sup>371</sup>. Cette pratique prétorienne d'apparence contraire à la lettre de l'article 121-3 du Code pénal est en réalité effectuée par la jurisprudence par le biais de la théorie du paramètre déterminant. Ce critère est utilisé en matière de causalité directe, mais peut également être rattaché à la causalité indirecte comme il a pu être expliqué dans cette étude. En effet, la jurisprudence met en œuvre cette théorie doctrinale qui veut que : « *lorsque les fautes commises par le praticien ont été le paramètre déterminant du dommage subi par le patient* »<sup>372</sup>, la causalité soit directe. Ce critère du « paramètre déterminant » est aussi appliqué au cas du médecin qui se place en qualité d'auteur indirect. C'est ce qu'a clairement montré la jurisprudence lorsqu'elle réprime des comportements qui résultent d'une succession de fautes simples d'imprudence ou de négligence « *en ramenant le champ de la causalité directe des comportements qui en sont, en réalité, à la frontière* »<sup>373</sup>. Cette technique jurisprudentielle permet de pallier l'impunité des praticiens médicaux lorsque ces derniers sont auteurs indirects, mais que la faute commise ne présente pas une gravité suffisante pour recouvrir les qualifications de fautes médicales délibérée ou caractérisée. La définition de la faute caractérisée qui demeure très large dans sa première condition et presque tout autant dans sa seconde, permet d'opérer ce détournement.

---

<sup>371</sup> JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.

<sup>372</sup> ALT-MAES Françoise, « La grande illusion : la dépénalisation attachée à l'application de la loi du 10 juillet 2000 au médecin », *Mélanges*, In. BOULOC Bernard, *Les droits et le droit : mélanges dédiés à Bernard Bouloc*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, 2007, Dalloz, Coll. Études, mélanges, travaux, p.1. Cf. MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.183.

<sup>373</sup> JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.

La Cour de cassation a même affirmé explicitement dès 2006<sup>374</sup> qu'une faute caractérisée pouvait résulter d'« *une série de négligences et d'imprudences, qui entretiennent chacune un lien de causalité certain avec le dommage, et dont l'accumulation permet d'établir l'existence d'une faute caractérisée d'une particulière gravité dont ils ne pouvaient ignorer les conséquences.* »<sup>375</sup>. Les espèces dans lesquelles est appliqué ce cheminement sont courantes<sup>376</sup>.

Cette pratique a fait l'objet de nombreuses critiques, mais la chambre criminelle refuse de soumettre la lettre de l'article 121-3 du Code pénal au contrôle du Conseil constitutionnel eu égard à la faute caractérisée<sup>377</sup>. De fait, la faute médicale caractérisée n'a jamais fait l'objet de modifications à ce jour et l'appréciation souveraine des juges du fond lui offre une importance capitale au sein de l'article 121-3 du Code pénal, notamment au regard de l'aisance de l'engagement de la responsabilité pénale des praticiens médicaux et de tout autre justiciable. Un auteur affirme effectivement que l'appréciation de la faute médicale caractérisée qu'opèrent les juges augmente « *le risque de responsabilité qui pèse en matière de délits d'imprudence contre les personnes, tant sur les professionnels que sur les particuliers et [déforme], [...] le procès pénal dans un but certain d'amélioration de la situation des victimes de telles infractions* »<sup>378</sup>. Mais ce qui est certain, c'est que la prédiction d'un auteur selon laquelle la faute caractérisée aurait « *un bel avenir* »<sup>379</sup> est on ne peut plus vraie aujourd'hui, telle demeure sa malléabilité textuelle. D'ailleurs, elle « *n'a pas fini de dévoiler toute l'étendue de ses possibilités* »<sup>380</sup>.

---

<sup>374</sup> Cass. crim., 10 janvier 2006, In. VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Jurisprudence - Tribunal de Grande Instance Paris, 14 janv. 2009, no 9135820020 », *Gaz. Pal.*, 2009, n°71, p.38.

<sup>375</sup> Cass. crim., 10 janvier 2006, In. VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Jurisprudence - Tribunal de Grande Instance Paris, 14 janv. 2009, no 9135820020 », *Gaz. Pal.*, 2009, n°71, p.38.

<sup>376</sup> En ce sens, Cass. crim., 19 avril 2017, n°16-83.640, Inédit, Cass. crim., 6 novembre 2018, n°17-81.420, Inédit.

<sup>377</sup> En ce sens, Cass. crim., 24 septembre 2013, n°12-87.059, rejet de transmission de QPC relative à l'article 121-3 du Code pénal au motif que la faute caractérisée est conforme à la fois au principe de clarté et de précision des textes pénaux et au principe de nécessité des peines.

<sup>378</sup> MÉSA Rodolphe, « Précisions sur la faute caractérisée et la causalité directe en matière de délits non intentionnels contre les personnes », *Gaz. Pal.*, 2014, n°107, p.5.

<sup>379</sup> Expression utilisée par MAYAUD Yves.

<sup>380</sup> JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.

## CHAPITRE 2 LE TEMPS DES MAUX VINGT ANS APRÈS LA LOI FAUCHON

Dans un mois, la loi du 10 juillet 2000 s'apprête à fêter son vingtième anniversaire. Vingt années durant lesquelles aucun changement n'a été opéré quant à la teneur de la faute pénale non intentionnelle appliquée au monde médical. Vingt années où les juges répressifs ont nourri son application et interprété son champ, parfois très largement. En 1999, cette loi était attendue et a été accueillie très favorablement. Mais nécessaire est de constater qu'aujourd'hui la loi du 10 juillet 2000 fait face à quelques réprobations tant textuelles que prétorienne notamment quant à l'interprétation jurisprudentielle du texte incriminateur (Section 1). De surcroît, nombreux sont les auteurs, juristes et même professionnels médicaux, à revendiquer la perfectibilité du régime de responsabilité pénale en matière non intentionnelle appliqué au médecin (Section 2).

---

### Section 1 Les réprobations textuelles et prétorienne

---

Vingt années de mise en œuvre jurisprudentielle de l'article 121-3 du Code pénal permettent, peu ou prou, de porter un regard objectif sur les conséquences de la loi du 10 juillet 2000. En effet, si cinq années ne suffisent pas, vingt années au contraire peuvent légitimement suffire *a minima*. Les auteurs ont été friands de critiques dès l'entrée en vigueur de ladite loi, mais il faut constater qu'aujourd'hui et ce depuis les années 2010, les avis divergent et convergent pour former une critique constructive globale. Alors certains arguent du fait que la loi du 10 juillet 2000 n'aurait eu aucune incidence sur l'article 121-3 et sa mise en œuvre (Paragraphe 1). Là où d'autres soulignent que la jurisprudence a généré des présomptions, porteuses d'une insécurité juridique pourtant propre à être écartée, notamment en matière médicale (Paragraphe 2).

### Paragraphe 1 *Le prétendu effet placebo de la loi du 10 juillet 2000*

Selon une auteure, un slogan « *fait fureur dans le monde économique et surtout le milieu politique* : « *Il faut dé-pé-na-li-ser* »<sup>381</sup>. Celle-ci ajoute : « *La dépénalisation, parfois qualifiée de décriminalisation ou même de déjudiciarisation est le dernier sujet qu'il est bon de lancer dans les dîners en ville ! Pour peu que soient réunis quelques élus, chefs d'entreprise, médecins, architectes ou autres notables ; alors la conversation prend des allures de foire d'empoigne, chacun y allant de son couplet et de ses critiques à l'égard du droit pénal et de la justice répressive* »<sup>382</sup>. Les professions ainsi citées sont particulières et se recoupent en ce qu'elles possèdent toutes un point commun : le risque. En effet, ces professions ne sont pas à l'abri d'un événement dommageable, dont la survenance demeure incertaine quant à sa réalisation ou à la date de sa réalisation<sup>383</sup>. Et si le risque est élevé dans une profession, c'est parce que, à celle-ci, y est naturellement attachée une grande responsabilité. Les chefs d'entreprises ou les médecins ont respectivement de lourdes responsabilités à l'égard de leurs salariés et de leurs patients. C'est la raison pour laquelle ces derniers entament souvent le sujet très courant de la dépénalisation ou de la déjudiciarisation de leur milieu professionnel. La profession qui a notamment souhaité qu'une telle issue se produise fut celle d'élu local. En effet, les décideurs publics ont sollicité une dépénalisation, sinon un assouplissement de la répression pénale à leur égard, tant leur responsabilité pouvait se voir mise en jeu par le biais du régime pénal général sous le joug duquel ils tombent.

Alors la loi du 10 juillet 2000, telle une étoile filante dans la nuit, constituait la rare opportunité de faire exaucer leurs vœux. Néanmoins, après l'adoption de ladite loi, les décideurs publics furent relativement conquis. Et pour cause, il convient de remettre les mots à leur place, puisque la loi du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels n'a en rien constitué une dépénalisation à l'égard d'une quelconque profession, ni même d'aucun justiciable.

Pourtant, nombreux sont les auteurs qui qualifient cette loi de « dépénalisante ». Mais la dépénalisation consiste à soustraire un agissement à la sanction du droit pénal<sup>384</sup>.

---

<sup>381</sup> CARTIER Marie-Élisabeth, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, n°4, p.725.

<sup>382</sup> CARTIER Marie-Élisabeth, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, n°4, p.725.

<sup>383</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.932, V° « Risque ».

<sup>384</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.330, V° « Dépénalisation ».

Elle est par-dessus tout à ne pas confondre avec la décriminalisation qui elle, constitue en réalité le synonyme de correctionnalisation<sup>385</sup> renvoyant au fait de réduire un crime en un délit correctionnel<sup>386</sup>.

De plus, le nom qu'a octroyé le législateur à la loi de 2000 est clair. Il précise la définition des délits non intentionnels et ne dépénalise pas certains comportements. La loi du 10 juillet 2000 a principalement touché l'article 121-3 du Code pénal qui détient encore aujourd'hui un caractère général et sous le joug duquel sont constamment tombées les professions telles que les chefs d'entreprise, les élus locaux ou les médecins. Toutefois, si l'objectif originel fut une dépénalisation, une auteure précise : « *on nous a [...] montré que, par souci d'éviter de faire apparaître trop crûment ce but, teinté de corporatisme, et afin d'échapper à une éventuelle censure du Conseil constitutionnel pour atteinte au principe d'égalité des citoyens devant la loi pénale, les auteurs du texte ont été amenés à élargir l'objet et la portée de la réforme proposée. C'est la raison pour laquelle cette loi apparaît comme marquant une étape importante de l'évolution, non seulement du droit et de la procédure pénale, mais aussi du droit civil* »<sup>387</sup>. Quand bien même l'objectif de la loi était tel, le principe d'égalité des citoyens devant la loi pénale l'empêche effectivement. Ce qui explique que la loi du 10 juillet 2000 ne constitue en rien une dépénalisation. Le terme est inapproprié. La dépénalisation aurait conduit à un désert répressif dont le palliatif aurait nécessairement été l'instauration d'un régime spécial. Mais une telle manœuvre impliquerait inévitablement d'effectuer la même opération pour toutes les professions soumises à la lettre de l'article 121-3 du Code pénal.

Néanmoins, d'autres auteurs complètent les propos précédents relatifs à la dépénalisation souhaitée par les élus locaux. De manière très subtile, le législateur a en quelque sorte camouflé, en procédant par voie de dispositions générales, l'objectif de différenciation des résultats obtenus selon les types de contentieux<sup>388</sup>. Au cours de cette étude, il a pu être démontré en effet que les juges détenaient et détiennent d'ailleurs encore aujourd'hui un pouvoir souverain d'appréciation qui, impulsé par les mots du législateur, leur permet d'effectuer en pratique cette différenciation.

---

<sup>385</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.308, V° « Décriminalisation ».

<sup>386</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.277, V° « Correctionnalisation ».

<sup>387</sup> VINEY Geneviève, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, p.764.

<sup>388</sup> COTTE Bruno et GUIHAL Dominique, *La loi Fauchon, cinq ans de mise en œuvre jurisprudentielle*, Responsabilité pénale, Droit pénal n°4, Étude n°6, 2006, pt.47.

Cette différenciation se ressent notamment à l'égard de la faute médicale caractérisée et de la faute médicale simple. Mais la faute médicale délibérée en est également une belle illustration. Si les juges répressifs ne parviennent pas à caractériser une faute médicale délibérée, alors ces derniers s'en remettent à la démonstration d'une faute médicale caractérisée. Celle-ci constitue la clé de voûte – en termes d'appréciation – de l'article 121-3 du Code pénal. Le législateur, par l'instauration de la faute médicale caractérisée, a finalement permis de « *nuancer l'appréciation des responsabilités sans que l'on puisse parler de dépenalisation corporatiste* »<sup>389</sup>. En outre, deux auteurs relèvent que la loi du 10 juillet 2000 a permis une mise en œuvre jurisprudentielle qui pendant cinq années a démontré que les catégories légales créées par le législateur « *ont été conçues avec une habileté et une précision suffisantes pour que – conformément aux souhaits des promoteurs de la réforme – la répression ne soit pas affaiblie dans deux domaines : les accidents de la route, [...] et les accidents du travail* »<sup>390</sup>. Donc le législateur affiné l'exploitation que peuvent faire les juges de la lettre de l'article 121-3 du Code pénal depuis 2000. À cet égard et il y a deux siècles, un homme avait mis le doigt sur un fait auquel il était nécessaire de prendre garde. À savoir, « *quand les lois sont obscures, les juges se trouvent naturellement au-dessus d'elles, en les interprétant comme ils veulent* »<sup>391</sup>. Si la loi du 10 juillet 2000 ne semble pas paraître obscure – puisque taillée minutieusement et sans en avoir l'air – elle n'en n'est pas moins grandement interprétable. C'est ce qu'il faut essentiellement retenir de l'apport de cette loi, ainsi que la précision des définitions.

Pourtant, malgré sa fonction première de précision des définitions, il a pu être démontré que celles-ci demeuraient en partie lacunaires. Ce qui explique l'interprétation large que peuvent effectuer les juges du fond. Alors suite à l'entrée en vigueur de la loi du 10 juillet 2000, le législateur semble avoir formé plusieurs clans avec d'un côté les auteurs qui pensent que la loi a entraîné une sorte de « dépenalisation camouflée », ou encore une « dépenalisation partielle »<sup>392</sup> et de l'autre, ceux qui affirment qu'elle n'est qu'une loi de surface, qui aurait même été en proie à l'abrogation ou encore ceux qui pensent que la loi a entendu « *répondre principalement aux demandes des victimes* ».

---

<sup>389</sup> Ibid.

<sup>390</sup> Ibid.

<sup>391</sup> DE RIVAROL Antoine, *Maximes et pensées*, 1753-1801.

<sup>392</sup> VINEY Geneviève, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, p.764.

Cette dernière vision est très rare mais existe. Elle est en totale contradiction avec l'argument selon lequel la loi Fauchon aurait dépénalisé les professions à risques. Aussi n'apparaît-il pas clairement que le législateur ait souhaité satisfaire principalement les victimes, sinon éviter d'amoindrir leur protection.

En outre, le deuxième argument doit être écarté à savoir celui selon lequel la loi Fauchon ne serait que superficielle. Effectivement, la loi du 10 juillet 2000 n'a pas été inutile, dès lors qu'elle a précisé la définition de la faute pénale non intentionnelle et au surplus, en a même créé une nouvelle en fondamentalisant la causalité. Certes, la définition de la faute médicale simple n'a pas changé et reste la même que sous l'empire de la loi du 13 mai 1996. À quelques détails près. Car une harmonisation a été faite, bien qu'elle n'ait pas été accomplie jusqu'à terme. En effet, avant la loi Fauchon, le deuxième alinéa qui prévoyait le cas de la faute médicale simple ne mentionnait pas expressément qu'il s'agissait d'une « faute ». L'alinéa ne prévoyait en réalité que des « comportements ». Cette précision est donc la bienvenue, mais il faut nécessairement regretter que le législateur n'ait pas ajouté à la liste des comportements pénalement répréhensibles l'« inattention » et la « maladresse », qui pourtant demeurent aux articles 221-6 et 222-19 du Code pénal et qui renvoient à l'article 121-3. Cet oubli ou cette volonté de ne pas les mentionner crée une différence entre le texte général, l'article 121-3 et les textes spéciaux, les articles 221-6 et 222-19 du Code pénal. De sorte que la condamnation d'un médecin pour faute médicale simple rendue sur le fondement de l'article 121-3, et justifiée du fait d'une inattention ou d'une maladresse, risquerait d'encourir la cassation, le fondement ne prévoyant pas les deux hypothèses comportementales<sup>393</sup>. C'est une faille que le législateur n'a pas souhaité combler depuis 2000.

Aussi la loi Fauchon fut-elle importante ne serait-ce que pour le renforcement du caractère indispensable du lien de causalité et de la gradation opérée par son biais au sein de l'article. Cette loi n'est pas sans principe actif et son aspect agit réellement sur les justiciables qui ne bénéficient pas du même sort en 1998 qu'en 2012 par exemple. La loi Fauchon n'a pas d'« effet placebo » en ce sens. Mais elle pourrait se voir attribuer ce qualificatif s'il était considéré que la loi de 2000 fût adoptée pour « satisfaire » les professions à risques.

---

<sup>393</sup> En ce sens, VINEY Geneviève, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, p.764.

Les dispositions de l'article 121-3 du Code pénal seraient rédigées de telle sorte que, croyant bénéficier d'un changement, les professionnels des professions à risques croiraient, par un mécanisme psychologique, que la loi leur serait favorable du fait de son aspect, alors qu'en pratique, il ne s'agirait que d'un assouplissement et non pas d'une dépénalisation. En réalité, la première hypothèse semble la plus à même d'être affirmée.

Donc, la consolidation du critère de la causalité a mené le législateur vers la création de la faute pénale qualifiée, scindée en deux fautes dont l'une plaît particulièrement aux juges du fond en matière médicale : la faute médicale caractérisée. La loi a concomitamment conduit les juges à remanier l'ordre d'appréciation de la faute médicale non intentionnelle, ce qui leur permet de « jouer » sur la nature de la faute après avoir décelé l'intensité causale.

Et si les modifications ne sont pas flagrantes concernant la faute médicale simple, il n'en va pas de même pour la faute médicale caractérisée. En effet, « *objet non identifié du droit positif jusqu'à la loi du 10 juillet 2000* »<sup>394</sup>, sa mise en œuvre jurisprudentielle est pour le moins surprenante à certains égards. D'ailleurs, ce constat participe à l'affirmation du caractère non obsoléscent de la loi Fauchon. Néanmoins la définition de la faute caractérisée a permis la naissance de présomptions jurisprudentielles qui exposent les médecins à l'insécurité juridique, mais garantit également la réparation auprès des patients victimes.

### Paragraphe 2 *La naissance de pratiques jurisprudentielles porteuses d'insécurité juridique*

Dès le lendemain de la loi Fauchon, la doctrine a qualifié la faute médicale caractérisée d'« attractive »<sup>395</sup>. Attractive parce que les juges répressifs peuvent, grâce à la définition que le législateur lui a donnée, explorer les multiples facettes dont elle regorge. Néanmoins, cette exploration n'est pas sans irriter la sécurité juridique des justiciables qui tombent entre les mains de la justice. En effet, face à la malléabilité de la définition de la faute pénale caractérisée appliquée au monde médical, les juges répressifs ont eu l'occasion d'user de leur pouvoir souverain d'appréciation et ce, parfois au détriment même du principe d'interprétation stricte de la loi pénale<sup>396</sup>. Si les juges prennent en considération des critères objectifs mais souples et dont la pesée leur laisse nécessairement une certaine latitude<sup>397</sup>, c'est grâce à l'obscurité qu'a laissée le législateur au sein de la définition de la faute médicale caractérisée.

---

<sup>394</sup> COMMARET Dominique, « La loi Fauchon, cinq ans après », *DP* n°4, 2006, LexisNexis, Étude 7, p.2.

<sup>395</sup> JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.

<sup>396</sup> C. pén. Art. 111-4.

<sup>397</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.76, V° « Appréciation ».

Cette largesse a *a fortiori* conduit les juges à recourir à une interprétation extensive de l'article 121-3 alinéa 4 du Code pénal, faisant de la faute médicale caractérisée un véritable outil répressif. Ce phénomène traduit le fait que les juges tentent de discerner le véritable sens de ce texte obscur<sup>398</sup>.

Il appert d'une étude réalisée dans le cadre de ce mémoire que la faute médicale caractérisée a pris le pas sur ses voisines au fil des années<sup>399</sup>. Vraisemblablement, l'année 2009 marque le tournant ascensionnel de l'utilisation de cette faute par les juges du fond. La faute médicale caractérisée fut même seule prononcée en 2017 et en 2018. À partir de l'année 2001 et jusqu'en 2019, la faute médicale caractérisée a devancé la faute médicale simple. En effet, la faute médicale simple représente 47% des condamnations de médecins, là où la faute médicale caractérisée occupe 51% du contentieux, et la faute médicale délibérée demeure loin derrière avec 2%<sup>400</sup>. Néanmoins cette tendance doit être appréciée avec parcimonie. Car la concurrence entre la faute médicale simple et la faute médicale caractérisée n'a en réalité pas lieu d'être. Les deux fautes relevant d'une causalité différente, respectivement directe et indirecte. Elles ne « s'affrontent » pas, sinon se complètent. Aussi, force est de constater que la faute médicale délibérée ne semble pas facile à mettre en œuvre par les juges, qui n'y ont recours que très rarement. Plusieurs effets sont finalement à relever quant au constat de l'essor significatif de la faute médicale caractérisée.

D'abord, la matière médicale se trouve particulièrement exposée à ce que sont communément appelés les « accidents ». Ce qui est accidentel résulte d'un événement imprévu ou bien d'une circonstance occasionnelle<sup>401</sup>. Et nécessaire est de constater que l'accident recouvre toujours un soupçon de négligence<sup>402</sup>. En poursuivant le raisonnement, la négligence n'est pas *a priori* requise pour que soit constituée la faute médicale caractérisée, elle n'en est pas un élément constitutif. Donc les juges, ne disposant pas d'éléments plus précis quant à la définition de la faute médicale caractérisée, ont parfois rusé. De sorte que la faute caractérisée peut « être constituée « d'une accumulation d'imprudences ou de négligences successives » »<sup>403</sup>.

---

<sup>398</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.569, V° « Interprétation ».

<sup>399</sup> Annexe 2.

<sup>400</sup> Annexe 3.

<sup>401</sup> CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, p.12, V° « Accidentel, elle ».

<sup>402</sup> RICCHI Charles-Emmanuel (Me), « Les délits non intentionnels et la loi du 10 juillet 2000 », *Juriécole*, Droit et devoirs, Interview, 2010.

<sup>403</sup> JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.

Comme déjà abordé succinctement, ce phénomène est le fruit de la théorie dite du « paramètre déterminant » qui implique que la faute commise par le médecin, qui ne présente pas une gravité suffisante pour recouvrir les qualifications de fautes médicales délibérée ou caractérisée, tombe par exemple sous la qualification de « *succession de négligences constituant à l'évidence une faute caractérisée à l'origine directe du décès [de la patiente], celle-ci ayant été par cette faute exposée à un risque d'une particulière gravité qu'il ne pouvait ignorer* »<sup>404</sup>. Cette rédaction est stupéfiante. Les juges du fond font à l'évidence une interprétation extensive de la lettre de l'article 121-3 du Code pénal. Ainsi, les justifications contenues dans les décisions prennent des tournures inattendues sinon inédites, en mélangeant les termes de la faute simple et de la faute médicale caractérisée.

L'année 2013 a laissé plusieurs exemples à la fois démonstratifs et originaux<sup>405</sup>. Et récemment, la Chambre criminelle a réitéré cette pratique par deux fois le même jour, avec des décisions justifiées différemment pour le même type de faits. Dans la première espèce, un chirurgien est responsable d'une défaillance opératoire sur sa patiente<sup>406</sup>. Conscient du risque encouru par elle après l'intervention, le praticien a pourtant été constamment injoignable, n'a jamais cherché à entrer en contact avec le service alors que des infirmiers cherchaient à le joindre et au surplus, s'est déclaré cyniquement incompetent. La patiente est décédée après une sortie retardée. Donc, ne se souciant aucunement de l'état de santé de sa patiente, les juges du fond considèrent qu' « *au vu des fautes accumulées de maladresse, imprudence, inattention, négligence commises par le prévenu* », celles-ci ont directement concouru au décès<sup>407</sup>. Et les juges parachèvent en décidant que ces faits constituent « *une négligence caractérisée dans le cadre d'une surveillance post opératoire* »<sup>408</sup>. La cour opère un mélange insolite de la lettre de l'article 121-3 du Code pénal. La défaillance du praticien relève principalement du défaut de surveillance. Ce fait place le chirurgien en qualité d'auteur indirect. Mais toutes les fautes relevées constituent des négligences qui, elles, ne peuvent en théorie que relever de la causalité directe et donc d'une faute médicale simple. Mais les juges étendent la causalité directe pour y faire entrer la faute médicale caractérisée<sup>409</sup>.

---

<sup>404</sup> Cass. crim., 22 mai 2013, n°12-82.734, Inédit.

<sup>405</sup> Cass. crim., 22 mai 2013, n°12-82.734, Inédit, Cass. crim., 29 octobre 2013, n°12-86.233, Inédit.

<sup>406</sup> Cass. crim., 6 novembre 2018, n°17-81.420, Inédit.

<sup>407</sup> Ibid.

<sup>408</sup> Dans le même sens, Cass. crim., 19 avril 2017, n°16-83540, Inédit.

<sup>409</sup> JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.

Cette rédaction est regrettable dès lors que, le même jour, les juges de cassation adoptent une justification plus adaptée et respectueuse de l'alinéa 4 de l'article 121-3 du Code pénal.

En effet, dans cette seconde espèce, un médecin ORL a posé deux drains sur une patiente<sup>410</sup>. Cette dernière a par la suite signalé à l'infirmière qu'elle ne se sentait pas bien et qu'elle craignait de faire un hématome compressif. L'infirmière n'a effectué aucun geste médical de prévention, ni sollicité un médecin. Le médecin ORL ayant pratiqué l'intervention n'a laissé aucune consigne, n'a pas indiqué de conduite à tenir et la patiente est décédée d'un hématome au sujet duquel elle avait signalé sa souffrance. Au sujet des deux praticiens médicaux, la cour affirme l'existence « *de fautes caractérisées* »<sup>411</sup>. La formulation est simple et répond aux attentes du législateur à l'origine de l'article 121-3 du Code pénal. Les juges ne cherchent pas à qualifier les abstentions fautives de « négligences » et ne mélangent pas les alinéas de l'article. En outre, il est évident que les deux praticiens sont auteurs indirects en ce qu'ils ont exposé leur patiente à un risque grave qu'ils ne méconnaissaient pas, vu leurs expériences respectives<sup>412</sup>. Dès lors, cette décision est l'exemple de ce à quoi devraient ressembler les décisions de toutes les espèces similaires. Finalement, « *force est de constater que le juge a plutôt eu la main lourde, voyant des fautes caractérisées là où le commun des mortels verrait plutôt un péché véniel* »<sup>413</sup>.

Néanmoins, l'équilibre de l'article 121-3 du Code pénal est particulier à déceler, dès lors qu'il ne peut être reproché aux juges du fond de pallier les lacunes textuelles. L'intervention du législateur serait ainsi souhaitée. Car cette technique jurisprudentielle d'appréciation entraîne *de facto* une conjoncture qui est finalement la même après la loi de 2000 que sous l'empire de la loi du 13 mai 1996. D'autant plus que la causalité directe et la faute médicale simple, seules avant 2000, étaient trop rigoureuses et entraînaient beaucoup de condamnations. La loi Fauchon est intervenue pour pallier ce phénomène, mais l'utilisation biaisée de la faute médicale caractérisée entraîne un retour en arrière et ne panse pas les maux d'avant la réforme. De sorte que la faute médicale caractérisée peut être qualifiée aujourd'hui d'« attrape-tout »<sup>414</sup>.

---

<sup>410</sup> Cass. crim., 6 novembre 2018, n°17-82.973, Inédit.

<sup>411</sup> Ibid.

<sup>412</sup> Ibid.

<sup>413</sup> LANDOT Éric, « 17 ans après la loi Fauchon... », *Le blog juridique du monde public*, Brèves et articles, 2017.

<sup>414</sup> RICCHI Charles-Emmanuel (Me), « Les délits non intentionnels et la loi du 10 juillet 2000 », *Juricole*, Droit et devoirs, Interview, 2010.

Ensuite, la jurisprudence tend également à nourrir des présomptions porteuses d'insécurité juridique pour les médecins. Ces présomptions sont effectuées relativement à l'alinéa 4 de l'article 121-3 du Code pénal. Effectivement, il a été démontré que la faute médicale caractérisée avait une empreinte très marquée en matière médicale et ce phénomène ne s'explique pas par un hasard. Lorsque les juges ont la tâche de découvrir si le médecin ignorait ou non le risque d'une particulière gravité auquel il exposait son patient, ces derniers doivent simplement montrer que le médecin avait la connaissance du risque<sup>415</sup>.

Pour ce faire, les juges du fond ont souvent recours à la méthode inductive qui leur permet de se fonder une fois sur des données purement factuelles et d'autres fois sur des données personnelles au médecin<sup>416</sup>. Fort de son succès, cette méthode entraîne la formation de présomptions jurisprudentielles non sans conséquence pour les médecins et aussi dangereuses que leur art peut le démontrer parfois. Plusieurs arrêts illustrent ce type de présomption.

En l'espèce, les juges se perdent sur le terrain de la faute caractérisée et justifient le risque d'une particulière gravité que le médecin ne pouvait ignorer en disant à son sujet qu'il est « *médecin expérimenté et disposant des compétences et moyens pour exercer ses fonctions* »<sup>417</sup>. Les juges présument que comme le médecin est expérimenté, il aurait dû faire un interrogatoire du patient sur ses antécédents, ainsi qu'un examen médical complet. Alors *a contrario* il est un médecin à qui une telle faute, dans les mêmes circonstances, n'aurait pas été reprochée : le médecin inexpérimenté<sup>418</sup>. Toutefois, le médecin inexpérimenté pourrait très bien connaître la situation de risque à laquelle il expose son patient. Et inversement pour le médecin expérimenté. L'expérience n'est pas forcément synonyme de connaissance du risque. Le risque peut parfois se révéler très particulier. C'est en cela qu'il est possible d'affirmer qu'un examen *in concreto* est indispensable.

Les juges pénaux font preuve d'une plus grande rigueur lorsqu'ils se fondent sur des données factuelles, plutôt que sur des données personnelles comme il vient d'être démontré.

---

<sup>415</sup> JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.

<sup>416</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.195.

<sup>417</sup> Cass. crim., 18 octobre 2011, n°11-80.653, Inédit.

<sup>418</sup> DANTI-JUAN Michel, *Les orientations actuelles de la responsabilité pénale en matière médicale*, Paris, Ed. Cujas, 2013, Coll. Travaux de l'institut de sciences criminelles de Poitiers, n°28, p.25, « Le médecin imprudent », MISTRETTA Patrick.

En effet, la connaissance du risque par un chirurgien urologue est beaucoup plus nette lorsque ce dernier s'abstient de mettre en œuvre les examens qui auraient permis d'établir en urgence un diagnostic fiable et d'élargir les investigations aux autres organes de son patient alors qu'un confrère lui signale une aorte battante dilatée chez le patient ayant des antécédents polyvasculaires<sup>419</sup>. Dans un tel cas, le chirurgien a plus qu'eu connaissance du risque, il en a été informé, c'est une donnée factuelle. Et, à moins que son confrère ne parle une autre langue que la sienne, il ne fait aucun doute que le risque était effectivement connu et non pris en compte.

Vraisemblablement, la présomption est uniquement présente lorsque les juges fondent leur raisonnement sur des données personnelles.

Une auteure n'a pas manqué de relever que cette pratique, notamment dans le domaine médical, offense la profession de médecin<sup>420</sup>. Car si le médecin est idéalisé tel un enchanteur guérissant tous types de souffrances, il n'en reste pas moins un humain qui est susceptible de ne pas connaître certains paramètres relativement aux risques encourus par ses patients.

D'ailleurs, il est possible de constater que ce sont les spécialités médicales les « plus à risques » qui sont les plus souvent mises en cause par les patients. En effet, les praticiens les plus touchés sont, dans un ordre décroissant en nombre : les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens, les médecins gynécologues obstétriciens, les médecins urgentistes, les médecins généralistes, les ophtalmologistes, les pharmaciens, et enfin, les psychiatres<sup>421</sup>.<sup>422</sup> Les mises en cause des praticiens médicaux sont certes assez nombreuses, mais il est évident que toutes les mises en cause n'aboutissent pas à une décision de condamnation à l'égard de chaque praticien médical. Cependant, il est flagrant que, d'année en année, les patients n'hésitent plus à réclamer à ce que soit réparé le dommage qui leur est causé du fait fautif d'un médecin. Et aujourd'hui, la condamnation de médecins dans la société moderne ne semble plus choquer. Car les connaissances sur la médecine subissent un tel développement que les capacités de l'homme sachant à faire face à la science sont plus souvent douteuses. Ce doute est certainement proportionnel aux risques encourus mais il faut retenir que les condamnations de praticiens ont des conséquences.

---

<sup>419</sup> Cass. crim., 1 octobre 2013, n°12-84.762, Inédit.

<sup>420</sup> BÉNÉJAT Murielle, *La responsabilité pénale professionnelle*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2012, Coll. NBT, Vol. 11, p.90-91.

<sup>421</sup> TAMBURINI Stéphanie, « Décisions civiles », *MACSF*, Rapport annuel, Risque médical, 2019.

<sup>422</sup> Annexe 4.

Et il ne convient pas de faire preuve de compassion lorsque, dans l'exercice d'une telle profession, le risque est l'arbre qui cache souvent la forêt<sup>423</sup> des négligences ou des imprudences.

---

## Section 2 La perfectibilité du droit pénal médical en matière non intentionnelle

---

Sitôt que la médecine devient une science maîtrisée, le droit pénal médical revendique sa place, c'est dire « *que la responsabilité est le revers inéluctable de l'efficacité* »<sup>424</sup>. Le droit pénal intervient dans le droit médical pour réprimer les comportements les plus graves des praticiens médicaux. La matière non intentionnelle n'est pas d'une gravité inférieure par rapport à la matière intentionnelle quant au résultat du comportement fautif, mais l'est bel et bien eu égard au comportement fautif en lui-même. Lorsque le médecin est condamné en matière non intentionnelle, il existe une pluralité de conséquences (Paragraphe 1) qui ne sont pas toutes blâmables. Souvent, les partisans de l'intervention du droit pénal en matière médicale occultent la dimension victimaire. Mais le droit civil qu'il convient de ne pas mettre à part participe à la réflexion selon laquelle le droit pénal médical serait perfectible en matière de non-intention (Paragraphe 2).

### Paragraphe 1 *Les conséquences de la faute pénale non intentionnelle sur le médecin condamné*

« *Aurions-nous mieux fait à la place de ce confrère ?* »<sup>425</sup>. Cette interrogation traverse les esprits de chaque praticien médical voyant un confrère condamné par la justice pénale. Et face au risque de l'art médical, la matière pénale non intentionnelle effraie les médecins qui se reconnaissent peut-être parfois dans les faits et gestes réprimés par le droit. Ainsi, la question est légitime et rappelle que la médecine « *est un exercice humain, complexe, stimulant, passionnant, utile, exigeant et réclamé. Passionnant parce qu'humain, réclamé parce qu'utile, exigeant et stimulant parce que complexe.* »<sup>426</sup>. La complexité de l'art médical et le goût pour la science cachent de temps à autres les acteurs de cette pratique. Force est de ne pas perdre de vue que derrière les nominations de « médecin » et de « patient » se dévoilent des êtres humains.

---

<sup>423</sup> Métaphore du XX<sup>e</sup> siècle.

<sup>424</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.30.

<sup>425</sup> A.M, « Généraliste lourdement condamné pour une gastro : « Aurions-nous mieux fait à la place de ce confrère ? », *Egora.fr*, ça vous fait réagir, 2019.

<sup>426</sup> GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, Paris, L'Harmattan, 2015, Coll. Questions contemporaines, p.19.

Lorsqu'ils se rencontrent, ils entament une relation toute particulière dont la confiance constitue le socle. Le patient, qui est à la fois sujet et objet du droit pénal médical<sup>427</sup>, est un justiciable lambda qui passe entre les mains d'un médecin au moins une fois dans sa vie. Imagée, la relation entre ces deux sujets pourrait effectivement ressembler à un contrat de confiance et de dévouement. Le médecin, sans nul besoin de jouer le héros<sup>428</sup>, se dévoue pour guérir son patient qui lui offre pleine confiance. Si l'un ou l'autre rompt ce contrat, alors le risque prend place de façon plus soutenue. Si bien que la faute du praticien médical n'est jamais très loin malgré l'absence d'intention. En effet, le patient peut parfois cacher des vérités sur ses maux ou simplement ne pas parvenir à mettre les mots sur ces derniers. Dans un tel cas, le médecin n'est pas magicien, mais il se doit de tirer sur toutes les cordes pour soulager son patient.

Au contraire, lorsque le patient n'a pas de maux particuliers, le médecin néglige de temps à autre son dévouement soit en ne recherchant pas convenablement ou profondément les causes de la souffrance du patient devant lui, soit par exemple en méprisant son suivi. Alors qu'une espèce récente a une fois de plus montré que le médecin qui reçoit un patient se doit de repartir de zéro pour ne rien laisser au hasard<sup>429</sup>. Finalement, l'un et l'autre ne doivent rien se cacher pour que tous deux servent le chemin de la guérison.

Malheureusement, il arrive que le médecin faille de façon non intentionnelle à ses devoirs, ce qui entraîne des situations irréversibles telles que des blessures ou pis encore, la mort. Dans de tels cas, l'atteinte que le médecin porte à la société et plus particulièrement au patient qui se place en qualité de victime, doit être réparée. Le chemin qu'empruntera le médecin vers la justice dépend alors des choix de la victime.

La loi du 4 mars 2002<sup>430</sup> a créé des CRCI, devenues en 2012 les CCI<sup>431</sup>, qui enquêtent et décident s'il y a lieu pour les patients victimes de demander réparation de leur dommage lié à l'activité médicale<sup>432</sup>. Si c'est le cas, alors le patient victime sera directement indemnisé par l'ONIAM qui travaille en collaboration avec les CCI<sup>433</sup>.

---

<sup>427</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p. 17.

<sup>428</sup> Cass. crim., 23 octobre 2012, n°11-85.360, Inédit.

<sup>429</sup> FOULT Marie, « Un urgentiste de Valenciennes condamné à un an de prison avec sursis après la mort d'une jeune fille », *Le quotidien du médecin*, Hôpital, 2019.

<sup>430</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>431</sup> Décret n° 2012-298 du 2 mars 2012 modifiant le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

<sup>432</sup> GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, Paris, L'Harmattan, 2015, Coll. Questions contemporaines, p.33.

<sup>433</sup> Ibid.

Et il s'avère que les voies les plus empruntées avant les voies judiciaires sont celles de la réclamation amiable ou de la conciliation<sup>434</sup>. Mais elles ont leurs avantages et leurs inconvénients. D'abord, elles ont la qualité de désengorger les tribunaux et d'exercer une sorte de filtre sur l'intérêt à agir en justice pour demander réparation du dommage. Ensuite, bien que ces procédures puissent paraître longues, elles ont l'avantage d'éviter la confrontation brutale de la victime et de son médecin. Enfin, le point négatif reste celui de l'absence de célérité du processus. Il est en effet assez long, mais il offre la garantie au patient d'être indemnisé le cas échéant, et au médecin d'être écouté<sup>435</sup>. D'autant plus que les indemnisations sont régulées par des organismes spécialisés, ce qui évite que les juridictions fixent des sommes qui n'équivaldraient pas réellement au dommage subi par la victime. Cependant, le médecin est exempt de décision pénale, voie la plus redoutée. L'inconvénient reste tout de même la valeur morale de la réparation. Se mettre d'accord à l'amiable sur une somme couvrant réparation, ou se concilier sur le sort du médecin ne relève pas de la même force sanctionnatrice qu'une décision judiciaire. Le recours à ces voies « avant-procès » réaffirme cependant l'importance de la relation patient/médecin qui semble reposer sur un contrat de confiance. Autrement dit, même après la réalisation du dommage, il est encore possible de se concilier sur la réparation due à la confiance qui était née à l'origine de la relation.

Toutefois, si ces procédures n'aboutissent pas, deux voies s'ouvrent au patient victime qui souhaite assigner le médecin fautif devant les instances judiciaires et celui-là n'hésite d'ailleurs plus à le faire<sup>436</sup>. Le patient victime porte le contentieux soit devant les juridictions civiles, soit devant les juridictions pénales en sachant que la première issue est une possibilité, le système pénal étant d'emblée en vigueur<sup>437</sup>. Le patient victime peut agir devant les juridictions pénales puisque « *l'action civile appartient à tous ceux qui ont personnellement souffert du dommage directement causé par l'infraction* »<sup>438</sup>. En matière médicale, le droit pénal a le pouvoir de sanctionner par l'emprisonnement, là où le droit civil privilégie traditionnellement la réparation pécuniaire du dommage.

---

<sup>434</sup> ALLODOCTEURS, « Les français n'hésitent plus à déposer plainte contre les professionnels de santé », *FranceInfo*, Santé/Affaires, 2017.

<sup>435</sup> GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, Paris, L'Harmattan, 2015, Coll. Questions contemporaines, p.34.

<sup>436</sup> ALLODOCTEURS, « Les français n'hésitent plus à déposer plainte contre les professionnels de santé », *FranceInfo*, Santé/Affaires, 2017.

<sup>437</sup> GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, Paris, L'Harmattan, 2015, Coll. Questions contemporaines, p.35.

<sup>438</sup> CPP, Art. 2.

Dans les faits, il s'avère que les victimes de dommages réalisés par un praticien médical se tournent plus fréquemment vers les juridictions civiles<sup>439</sup>. En effet, la MACSF enregistre pour l'année 2018 – date du dernier rapport annuel – 744 mis en cause au civil<sup>440</sup> contre 18 mis en cause au pénal<sup>441</sup>. La différence est astronomique. Toutefois, il apparaît que le taux de condamnations pénales est plus élevé que le taux de condamnations civiles. Respectivement 67% contre 51%<sup>442</sup>. Donc les patients victimes agissent beaucoup plus fréquemment devant les juridictions civiles que devant les juridictions pénales. Pour l'année 2018, 434 décisions civiles ont été rendues sur les 744 praticiens médicaux mis en cause<sup>443</sup> contre 12 décisions pénales pour 18 mis en cause<sup>444</sup>. Toutefois, il faut prendre garde car ces données statistiques prennent en considération toutes les sortes d'infractions commises par les praticiens médicaux, qu'elles soient volontaires ou involontaires. Pour pallier cette constatation et compléter les données pour mener une étude complète, il convient de lire une étude réalisée dans le cadre de ce travail<sup>445</sup>.

Lors de l'année 2018, seuls deux médecins ont été condamnés pour des infractions médicales involontaires sur le fondement des articles 221-6 et 222-19 renvoyant tous deux à l'article 121-3 du Code pénal. Il ressort alors que seules deux condamnations sur douze concernent des faits d'homicide ou de blessures involontaires<sup>446</sup> constitués par la commission d'une faute médicale non intentionnelle. Il est donc possible d'affirmer que les condamnations civiles occupent la majeure partie du contentieux médical non intentionnel<sup>447</sup>, de sorte que les condamnations pénales restent exceptionnelles<sup>448</sup> et que cette tendance ne cesse de se confirmer<sup>449</sup>. En réalité, à chaque voie judiciaire empruntée correspond une envie subjective. Le droit civil répare et le droit pénal réprime. Et à objectifs différents correspondent des conséquences différentes. Plurielles, ces conséquences doivent être analysées pour comprendre le sort du médecin qui commet une faute médicale non intentionnelle. Du point de vue du patient, il est indéniable que la réparation du dommage ne se panse pas de la même manière. Un auteur illustre parfaitement cette affirmation.

---

<sup>439</sup> TAMBURINI Stéphanie, « Décisions civiles », *MACSF*, Rapport annuel, Risque médical, 2019.

<sup>440</sup> *Ibid.*

<sup>441</sup> Annexe 5.

<sup>442</sup> *Ibid.*

<sup>443</sup> TAMBURINI Stéphanie, « Décisions civiles », *MACSF*, Rapport annuel, Risque médical, 2019.

<sup>444</sup> *Ibid.*

<sup>445</sup> Annexe 1.

<sup>446</sup> *Ibid.*

<sup>447</sup> TAMBURINI Stéphanie, « Décisions civiles », *MACSF*, Rapport annuel, Risque médical, 2019.

<sup>448</sup> ALLODOCTEURS, « Les français n'hésitent plus à déposer plainte contre les professionnels de santé », *FranceInfo*, Santé/Affaires, 2017.

<sup>449</sup> Annexe 1.

Il s'exprime ainsi : « *Le recours à la justice pénale intervient à des fins vindicatives. Il permet en effet à la victime d'obtenir une déclaration de culpabilité pénale et une condamnation à une peine qui est mieux en mesure de satisfaire un éventuel besoin de vengeance. [...] La justice civile est dans l'incapacité de satisfaire ces demandes, elle ne leur répond que par l'octroi de dommages-intérêts qui sont de surcroît accordés au seul dommage sans prise en compte de la faute qui l'a causé.* »<sup>450</sup>. En matière médicale, l'objectif du patient victime correspond-il réellement à un esprit de vengeance ? Le doute est permis étant donné que la matière pénale non intentionnelle implique deux facteurs importants, à savoir que la faute pénale non intentionnelle d'un médecin n'est pas par essence un acte « gratuit » et qu'au surplus, la profession de médecin est si délicate qu'il est difficile de vouloir « se venger » contre une personne qui essaye chaque jour de soigner des vies avec les moyens et les connaissances dont il dispose. Néanmoins, les fautes non intentionnelles commises par le médecin laissent un goût amer d'inacceptabilité pour les patients. Et l'indispensabilité de ce dernier et de ses qualités professionnelles ne font pas de lui quelqu'un d'impunissable.

Lorsque le patient victime fait appel à la justice pénale, le médecin est susceptible d'être exposé à des conséquences bien plus importantes. Bien que craint par les médecins, le sentier pénal est tout de même souvent emprunté par eux. Effectivement, selon la seconde étude réalisée dans le cadre de ce travail<sup>451</sup>, il y aurait eu, de l'année 1997 à l'année 2019, cent-dix condamnations de praticiens médicaux sur le fondement des articles 221-6, 222-19 et 121-3 du Code pénal. Étalaé sur vingt-deux années, le nombre de condamnations ne semble pas exorbitant. Cela est encore plus vrai si ce nombre est comparé à celui des patients hospitalisés sur une année, à savoir 12,8 millions par exemple pour l'année 2018<sup>452</sup>. Et ces chiffres ne prennent pas en compte les interventions extérieures à l'hôpital, qui sont également nombreuses. Il est estimé que le nombre annuel de condamnations pénales de praticiens médicaux équivaut à une moyenne de cinq<sup>453</sup>. Nécessaire est de se réjouir que cette moyenne ne croisse pas. Souhaiter son inexistence relève en revanche de l'utopie étant donné que le domaine médical est celui où l'expression la plus communément ouïe règne, à savoir que le risque zéro n'existe pas.

---

<sup>450</sup> REBUT Didier, « Justice pénale et justice civile évolution, instrumentalisation, effets pervers... », *Pouvoirs*, 2009, Vol. 1, n°128, p.49-59.

<sup>451</sup> Annexe 1.

<sup>452</sup> ATIH, « Chiffres clés de l'hospitalisation », 2018, [en ligne], [consulté le 15/04/2020], Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>

<sup>453</sup> Moyenne réalisée à partir de l'annexe 1. V° Annexe 1 (II).

Donc la voie pénale est belle et bien empruntée par les praticiens médicaux en matière de faute pénale non intentionnelle du fait de l'action de patients victimes.

La décision pénale à l'encontre d'un médecin est forte. Souvent médiatisée, elle manifeste sa capacité à apporter une réponse pénale adaptée à chaque espèce. Sont encourus soit l'emprisonnement, soit la peine d'amende. La peine d'amende semble dérisoire en matière médicale puisqu'elle n'équivaut jamais à plus de la moitié de la peine d'amende encourue décrite dans les articles 221-6 ou 222-19 du Code pénal<sup>454</sup>. Au surplus, même s'il s'avère que la plupart des condamnations pénales prononcent à l'égard des médecins une peine d'emprisonnement avec sursis<sup>455</sup> – les peines fermes concernant plutôt les médecins récidivistes – l'interdiction d'exercer la profession de médecin semble adéquate en terme de réponse pénale à l'atteinte portée au patient victime. Non seulement le médecin privé d'exercer sa profession ne peut plus réaliser de dommage, mais il sera potentiellement privé de clientèle lorsque son interdiction d'exercer la médecine sera levée. Quel patient souhaite se rendre chez un médecin qui a par le passé commis une faute médicale, même involontaire ? La médiatisation des procès n'apportera aucun palliatif à cette seconde constatation. En outre, les condamnations pénales s'accompagnent de sanctions civiles, ce qui parfait la condamnation. L'objectif est finalement de savoir si l'équilibre entre la sanction pénale du médecin et la réparation de la victime est juste ou simplement atteint. Les juges s'attèlent à cette tâche si difficile. Relativement au phénomène d'effectivité des condamnations pénales, c'est-à-dire au nombre élevé de condamnations eu égard au nombre de mis en cause, il faut constater que le droit pénal s'inscrit dans un processus de victimisation. Puisque finalement, ce qui est globalement observé est qu'« *aujourd'hui, les juges ont tendance à condamner les professionnels de santé, ce qui permet une indemnisation des malades* »<sup>456</sup>. Cette conception qu'ont les juges se dirige dans le sens d'une victimisation globale des voies judiciaires, cherchant à tout prix à indemniser les victimes de préjudices médicaux.

Mais cette affirmation demeure plus effective en matière civile. En effet, il est observé<sup>457</sup> qu'en matière pénale le taux de condamnations pour faute médicale non intentionnelle décroît d'année en année par « plateaux »<sup>458</sup>. Cette inclination va à l'encontre de la politique victimaire.

---

<sup>454</sup> MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, p.97.

<sup>455</sup> Ibid.

<sup>456</sup> ALLODOCTEURS, « Les français n'hésitent plus à déposer plainte contre les professionnels de santé », *FranceInfo*, Santé/Affaires, 2017.

<sup>457</sup> Annexe 1.

<sup>458</sup> Ibid.

Dès lors se pose la question de l'efficacité de la lettre de l'article 121-3 du Code pénal et de son adaptation à la conjoncture actuelle. Soit ledit texte devient peu à peu inadapté, soit les médecins deviennent de plus en plus irréprochables. Mais, dans chaque cas, une explication rationnelle doit être apportée.

*Paragraphe 2 Les idées palliatives au régime pénal de droit commun imparfait appliqué au médecin*

À l'imperfection d'une loi il faut parfois trouver des remèdes, bien qu'ils ne soient pas toujours faciles à mettre en évidence. La loi du 10 juillet 2000 fête ses vingt ans dans moins d'un mois et le législateur n'est pas intervenu sur l'article 121-3 du Code pénal depuis lors. Il faut dire qu'*a priori*, personne ne s'en plaint réellement aujourd'hui, si ce n'est pour affirmer qu'elle laisse régner quelques imperfections<sup>459</sup>. Alors il est louable d'affirmer que la lettre dudit article pourrait subir un remodelage lorsqu'elle est étudiée à la lumière de l'art médical. Pour parvenir à cette conclusion et donner de la teneur de cette idée, plusieurs phénomènes sont à étudier.

D'abord, au regard de l'étude<sup>460</sup> du taux de condamnations de médecins pour faute médicale non intentionnelle, il convient d'observer que le taux décroît légèrement à partir de l'année 2013 pour ne jamais dépasser le nombre de trois condamnations. Concernant le taux de relaxe et de non-lieu, ce dernier reste très fluctuant mais semble rester nettement supérieur aux condamnations depuis 2012. De ces statistiques peut donc être affirmé qu'une légère baisse des condamnations de médecins a lieu, bien que celle-ci ne puisse être totalement significative, faute d'un assez grand recul sur cette tendance depuis la loi du 10 juillet 2000. Hypothétiquement, vingt années supplémentaires, si tenté qu'aucun changement ne survienne, permettraient de porter un regard plus objectif.

Néanmoins à ce stade rien n'entrave la légitimité d'un constat lié à cette tendance décroissante des condamnations en matière non intentionnelle. Il faut dire que les interrogations se multiplient quant à la cause de cet affaiblissement lorsqu'est étudiée l'efficacité répressive de la faute médicale non intentionnelle prévue à l'article 121-3 du Code pénal. Il a été montré que ledit article comporte vraisemblablement sa part de faille.

---

<sup>459</sup> Parmi les auteurs cités dans cette étude, tous ont un point négatif à relever concernant les mutations de la faute pénale non intentionnelle.

<sup>460</sup> Annexe 1.

La faute médicale simple n'a pas été transformée et ne pose pas de réel problème au sein de l'article 121-3 du Code pénal. La faute médicale délibérée quant à elle pourrait être qualifiée de « rarissime », eu égard à sa place dans le contentieux global de la faute médicale non intentionnelle qui est de l'ordre de 2%<sup>461</sup>. Ce faible recours à la faute médicale délibérée est notamment dû à la complexité de réunion de ses conditions de mise en œuvre. Et le contraste peut immédiatement être opéré avec la faute médicale caractérisée. En effet, la faute médicale caractérisée prend le pas sur tous les autres types de faute<sup>462</sup>. Et pour cause, sa mise en œuvre est facilitée par ses lacunes définitionnelles. Il y a alors indéniablement un manque d'équilibre. La faute médicale délibérée possède une définition trop stricte, là où la faute médicale caractérisée en possède une trop faiblement nourrie. Le corps de la faute médicale qualifiée serait alors à rééquilibrer. Il serait par exemple souhaitable que le législateur intervienne sur la définition de la faute médicale caractérisée pour la nourrir et en expliquer le contenu. Puisque, si cela était chose faite, l'ambiguïté concernant sa gravité n'aurait par exemple pas lieu d'être, ni même les mélanges qui en sont faits avec la définition de la faute médicale simple. Force est finalement de constater que les mots ne sont pas clairs, et que le manque de précision de la part du législateur a laissé se propager des techniques jurisprudentielles qui opèrent le contraire de ce qu'il voulait certainement créer par le biais de la faute médicale caractérisée, à savoir alléger la répression pénale de certains professionnels. L'accumulation de négligences ou d'imprudences ont toutes en elles une part d'exposition d'autrui à un risque d'une particulière gravité, ce qui rend la faute médicale qualifiée et ses deux volets presque désuets puisque finalement il est constamment fait référence à la faute médicale simple dont la causalité est étirée.

Les partisans d'une dépénalisation crieront au caractère abject des techniques jurisprudentielles utilisées à l'égard de la faute médicale caractérisée qui laissent penser que rien n'a fondamentalement changé puisque la causalité indirecte était censée à l'origine amoindrir leur responsabilité. Mais mêlée à la faute médicale simple, la création de la faute médicale caractérisée, et plus généralement de la causalité indirecte, perd de son sens.

---

<sup>461</sup> Annexe 3.

<sup>462</sup> Annexes 2 et 3.

Curieusement, la faute médicale caractérisée n'évolue pas aux côtés de la faute médicale simple, sinon parfois à sa place et que la frontière entre les deux types de causalité est poreuse. L'expansion de la faute médicale caractérisée est assez « ironique » puisqu'elle est plus utilisée que la faute médicale simple, qui elle était censée alléger les responsabilités pénales, à tout le moins pour les élus locaux. En matière médicale, cette tendance n'est pas étonnante. Il est logique sinon souhaité que les médecins commettent plus de fautes médicales non intentionnelles ayant une causalité indirecte, plutôt que directe. Ceci explique certainement la place que prend la faute médicale caractérisée au fil des années.

Les interrogations sont donc légitimes lorsqu'elles se tournent vers la question de l'efficacité pratique de la faute médicale qualifiée et de sa causalité indirecte. Néanmoins, la rédaction de l'article est peut-être tout simplement voulue ainsi. Ce qui expliquerait que rien n'ait changé depuis. Au surplus, en 1999, le législateur a pu se trouver oppressé par les demandes soutenues des élus locaux qui souhaitaient un changement au sein de l'article 121-3 et de fait, a créé un alinéa qui permet de rester sur le modèle antérieur à la loi du 10 juillet 2000 de façon subtile. Mais, si le modèle est finalement resté le même, il faudrait comprendre pourquoi les condamnations de médecins pour faute médicale non intentionnelle ont une tendance décroissante. Peut-être n'existe-t-il aucune explication spécifique. Seuls quelques facteurs peuvent justifier ce phénomène comme les actions des patients victimes vers la voie civile ou encore le faible taux de médecins mis en cause. D'ailleurs, dans les pays développés tels que le Canada, les États-Unis ou la Nouvelle-Zélande, les affaires judiciaires qui concernent une responsabilité médicale sont portées « *automatiquement devant les tribunaux civils* »<sup>463</sup>. Au Royaume-Uni, un médecin n'est jamais amené en premier lieu devant un tribunal pénal puisqu'il ne peut être saisi que de manière secondaire, et que dans des cas particuliers, notamment lorsque l'étude du dossier a conduit à la conclusion qu'un crime de droit commun a été commis<sup>464</sup>. Dans chacun de ces pays, c'est la voie des assurances qui est privilégiée. Dans les faits en France, c'est aussi cette voie qui est la plus souvent empruntée, et cela se ressent dans les chiffres des médecins mis en cause dans les branches civile et pénale.

---

<sup>463</sup> GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, Paris, L'Harmattan, 2015, Coll. Questions contemporaines, p.29.

<sup>464</sup> Ibid.

Ensuite, il faut garder à l'esprit que la faute pénale non intentionnelle est applicable au corps médical, comme elle l'est à tout autre justiciable puisque le texte la contenant est de droit commun. Si certains corps de métier ne trouvent pas que le texte leur soit adapté en matière non intentionnelle, ce n'est pas pour autant qu'il faut leur créer un régime spécial. Il est en effet impensable de dépénaliser la faute médicale non intentionnelle. Le principe d'égalité des citoyens devant la loi<sup>465</sup> empêche naturellement cette circonstance. Parce que, si la dépénalisation est effective à l'égard d'un corps de métier, les autres réclameront également une dépénalisation à leur égard. Dans ce cas, tous les justiciables bénéficieraient d'un régime propre et le droit pénal commun perdrait sa place. L'idée est donc à rejeter. Les médecins ne peuvent pas bénéficier d'un régime qui leur est propre. Et même si l'article 121-3 du Code pénal semble contenir quelques imperfections, il n'en reste pas moins un article qui a un rôle préventif, dissuasif notamment auprès des professions dites « à risque » tel que médecin. Le médecin est un justiciable surexposé au risque. Mais il en va de même pour le justiciable profane qui malheureusement ne contrôle pas son véhicule du fait d'une imprudence ou d'une négligence et qui commet un homicide involontaire. Le risque n'est simplement pas de même nature, mais il est présent.

Donc l'équilibre entre la nécessité de réprimer les actes qui portent atteinte à l'ordre public et au justiciable et le libre exercice de l'activité médicale est très complexe. Mais pour l'heure, l'article 121-3 et sa mise en œuvre jurisprudentielle semblent exprimer un équilibre relatif. Aussi les médecins peuvent-ils parfois craindre que leur responsabilité pénale soit mise en cause pour des actes médicaux traditionnels, l'article n'étant pas sans leur rappeler indirectement les devoirs auxquels ils doivent satisfaire. Prise *a contrario*, la lettre de l'article 121-3 du Code pénal rappelle effectivement aux médecins qu'il faut être prudent, appliqué et observateur.

---

<sup>465</sup> DDHC, Art. 6 : « Art. 6. La Loi est l'expression de la volonté générale. Tous les Citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les Citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents. ».

En outre, supprimer la faute médicale non intentionnelle serait d'autant plus dangereux que la frontière entre l'intention et la non-intention est très fine. Le droit pénal lui-même ne définit pas clairement en quoi consiste l'intention<sup>466</sup>, si ce n'est Émile Garçon qui considère qu'elle est constituée par la volonté et la conscience criminelles de commettre un acte illicite<sup>467</sup>. L'enjeu de cette frontière est encore plus saisissable en matière médicale. L'élément moral des infractions prévues aux articles 221-6 et 222-19 du Code pénal est difficile à déceler, notamment en matière de causalité indirecte. Connaître l'intention du médecin de parvenir ou non au résultat effectivement obtenu, à savoir l'homicide ou les blessures, est délicat. Le titre de la fonction jouera indéniablement en faveur de la commission involontaire de la faute. Et le médecin qui agit de façon non intentionnelle n'est pas un délinquant. La suppression de la faute médicale non intentionnelle serait évidemment contraire à la politique pénale que le législateur mène depuis les dix dernières années. Autrement dit, une politique victimaire tournée vers le droit des victimes et leur suivi. Il est impensable que le patient victime de blessures involontaires n'obtienne aucune réparation alors qu'une faute a été commise. Et pour octroyer réparation, il faut nécessairement une décision de justice qui rende un justiciable responsable d'un tel acte. Sur ce point, le droit pénal se socialise.

Finalement, ni la substitution d'un nouveau régime à celui de droit commun, ni la suppression du régime de droit pénal commun actuel ne pourraient satisfaire à l'amélioration de la mise en œuvre de la faute médicale non intentionnelle. En effet, un remodelage suffirait à rendre cette faute plus claire et donc à l'appliquer le plus fidèlement possible au texte. Pour ce faire, au sein de la faute médicale simple devraient figurer les fautes de « maladresse » et d'« inattention » afin de demeurer complet<sup>468</sup>. Ensuite, la faute médicale qualifiée devrait voir ses deux volets rééquilibrés. En effet, il serait peut-être souhaitable que le législateur renomme la faute médicale délibérée, tant elle nourrit la porosité de la frontière entre l'intention et la non-intention. D'autant plus que le terme « manifestement »<sup>469</sup> placé juste avant ajoute à l'imprécision. Quant à la faute médicale caractérisée, son essor a montré à quel point il serait satisfaisant d'en donner une définition pour rééquilibrer l'utilisation générale des fautes médicales qualifiées.

---

<sup>466</sup> BERTÉ Stéphanie, *L'intention en droit pénal*, PONCELA Pierrette, Thèse de doctorat, Droit privé, Université Paris X, 2005.

<sup>467</sup> ARCHER Frédéric, « Criminologie », Cours magistral, Université de Lille, Master 1 Droit privé, année universitaire 2018-2019, Nt. Personnelles.

<sup>468</sup> En ce sens, VINEY Geneviève, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, p.764.

<sup>469</sup> C. pén., Art. 121-3, Al. 4.

L'article 121-3 du Code pénal laisse même drôlement penser en son alinéa quatre qu'une partie en a été effacée entre « [...], soit commis une faute caractérisée »<sup>470</sup> et « et qui [...] »<sup>471</sup>. Une définition de la faute médicale caractérisée pourrait se glisser ainsi : « [...], soit commis une faute caractérisée constitutive d'une succession avérée d'actes et/ou d'omissions contraires, le cas échéant, à la déontologie et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer »<sup>472</sup>.

Ces quelques palliatifs pourraient permettre de rendre la répression pénale des médecins pour faute non intentionnelle plus claire, tout en conservant le régime actuel bien qu'il demeure complexe. Les motivations des décisions jurisprudentielles seraient certainement plus rigoureuses. Pour l'heure, il n'existe pas de difficulté extrême. Le législateur sait peut-être en son for intérieur que l'article 121-3 du Code pénal est momentanément tombé en léthargie...

---

<sup>470</sup> Ibid.

<sup>471</sup> Ibid.

<sup>472</sup> Texte inventé.

## Conclusion

---

Le législateur français a modelé le visage de la faute pénale non intentionnelle par la loi du 10 juillet 2000 qui colore le droit médical. Le droit pénal médical connaît en effet du domaine de la non-intention, bien que ce dernier soit relativement restreint. Néanmoins, son existence ne saurait être remise en question dès lors qu'il est impensable de n'offrir aucune réparation pénale aux patients victimes d'un dommage ayant causé un trouble objectif à l'ordre public.

Véritable corps complémentaire du droit civil, le droit pénal ne peut guère désertier le champ médical non intentionnel. Le législateur semble être de cet avis puisque cela fait désormais vingt ans que le médecin qui commet une faute pénale non intentionnelle tombe sous le joug de l'article 121-3 du Code pénal. De sorte que le sort du médecin se trouve réglé par le droit pénal commun. L'heure n'est effectivement pas à la création d'un régime spécial. Malgré la survivance d'imperfections en terme de définitions, la faute médicale non intentionnelle et plus généralement la faute pénale non intentionnelle n'ont pas fait l'objet d'une déclaration d'inconstitutionnalité de la part du Conseil constitutionnel. L'article 121-3 du Code pénal ne porte donc pas atteinte aux principes généraux du droit et semble étouffer les critiques à son égard au fil des années. En outre, la jurisprudence paraît s'accommoder de la physionomie de la faute médicale non intentionnelle. Malgré quelques lacunes textuelles, les juges adaptent l'article 121-3 du Code pénal au gré des espèces. Ces pratiques ne révèlent cependant pas une tendance à la surjudiciarisation du monde médical étant donné que le nombre de condamnations semble très légèrement décroître, si tant est qu'une réelle objectivité puisse être de mise rapport à ce constat.

De fait, même s'il n'existe pas de texte pénal spécifiquement applicable au corps médical en matière de faute pénale non intentionnelle, le législateur semble avoir trouvé une certaine harmonie, aux côtés de la jurisprudence et alors même que les modifications opérées en 2000 n'étaient pas sollicitées par ce corps de métier. La faute pénale non intentionnelle a vocation à s'appliquer à tous les justiciables et donc à n'importe quel professionnel dont le métier comporte un « risque », tel que celui de médecin. Et alors que l'article 121-3 du Code pénal qui la prévoit est général, il s'adapte volontiers à la structure du droit médical, bien qu'il conduise parfois à une arborescence complexe. La fondamentalisation de la causalité participe d'ailleurs de ce phénomène.

Enfin, la faute pénale non intentionnelle semble compenser les forces exercées par deux intérêts divergents. Il est en effet impossible pour le droit pénal français de ne pas intervenir et de ne pas réprimer le comportement du médecin fautif, quand bien même serait-il involontaire. D'autant plus que les progrès de la médecine rendent cette idée inopportune. Comme il est légitimement discutable de ne pas se poser la question du libre exercice de la profession médicale, lequel empêcherait l'immixtion du droit pénal en son sein.

Pour l'heure, l'équilibre semble de rigueur, bien qu'il soit naturel d'admettre qu'il ne peut objectivement être atteint de façon parfaite. Toutefois, si la conjoncture le sollicite, une modification peut être effectuée par le législateur, le droit n'étant pas figé. Mais l'adaptation ciselée de l'article 121-3 du Code pénal reste complexe, sinon impossible eu égard à la portée générale de la faute pénale non intentionnelle. Ainsi, il faut retenir que chaque médecin est responsable de ses faits et gestes dans l'exercice de sa profession. La faute pénale non intentionnelle appliquée à la sphère d'Hippocrate permet pour le moment de réaliser l'équilibre souhaité dès lors qu'elle n'entrave pas l'exercice de la profession médicale et qu'elle garantit au patient victime, dont le sort est trop souvent oublié, une réponse pénale adaptée.

## Table des annexes

---

**Annexe 1** : Graphique représentatif du taux de condamnation de médecins (toutes spécialités confondues) par la Chambre criminelle de la cour de cassation sur le fondement des articles 221-6, 222-19 et 121-3 du Code pénal.....p.110

**Annexe 2** : Graphique représentatif de la nature de la faute pénale non intentionnelle commise par les médecins condamnés (toutes spécialités confondues) par la Chambre criminelle de la cour de cassation sur le fondement de l'article 121-3 du Code pénal.....p.112

**Annexe 3** : Calcul du pourcentage de la nature de chaque faute médicale non intentionnelle en fonction des condamnations de médecins rendues sur le fondement des articles 221-6, 222-19 et 121-3 du Code pénal.....p.113

**Annexe 4** : Tableau représentatif des dix spécialités médicales les plus souvent mises en cause au pénal en matières intentionnelle et non intentionnelle.....p.114

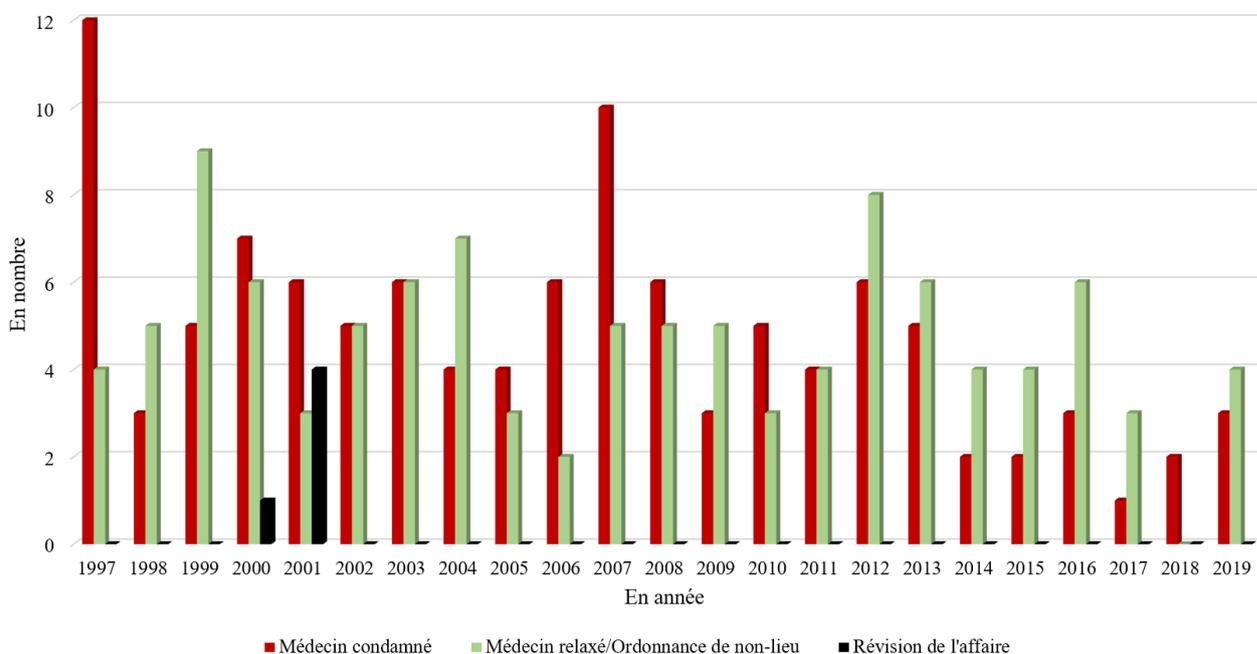
**Annexe 5** : Chiffres clés des décisions de justice civiles et pénales pour l'année 2018.....p.115

### Annexe 1

**Graphique représentatif du taux de condamnation de médecins (toutes spécialités confondues) par la Chambre criminelle de la cour de cassation sur le fondement des articles 221-6, 222-19 et 121-3 du Code pénal.**

(I)

Graphique représentatif du taux de condamnation de médecins (toutes spécialités confondues) par la Chambre criminelle de la cour de cassation sur le fondement des articles 221-6, 222-19 et 121-3 du Code pénal\*.



\*Protocole : Le graphique ci-dessus a été réalisé à partir de données récoltées uniquement sur le site internet <https://www.legifrance.gouv.fr/>.

Dans « Recherche simple dans la jurisprudence judiciaire »\*\*, ont été recherchés les arrêts rendus concernant tout praticien médical et uniquement par la Chambre criminelle de la cour de cassation. La recherche a été effectuée année par année, en y insérant les filtres ci-dessous :

Legifrance.gouv.fr  
 Découvrez le site Légifrance modernisé en version bêta  
 vendredi 22 mai 2020  
 Informations de mise à jour

Accueil | Droit français | Droit européen | Droit international | Traductions | Bases de données

Vous êtes dans : Accueil > Recherche simple dans la jurisprudence judiciaire

**Recherche simple dans la jurisprudence judiciaire**

**Critères de recherche**

Nom de la juridiction: -- Toutes les juridictions --  
 Numéro d'affaire: Ex: 06-81968  
 Date de décision: Jour, Mois, Année (1) Ex: 2020  
 Période de (1) à (2): Jour, Mois, Année (2) Ex: 2020  
 Mots recherchés: Année n  
 Autres mots recherchés: Involontaire, Médecin  
 Recherche | Effacer | Aide

Informations  
 Contenu  
 Mise à jour  
 Recherche connexe  
 Recherche experte de jurisprudence judiciaire  
 Lien connexe  
 Le site de la Cour de cassation

Les mots clés « Médecin » et « Involontaire » ont été choisis afin de n’obtenir que les arrêts qui concernent des infractions non intentionnelles et qui ont condamné un médecin ou fait intervenir un médecin expert comme dans la grande majorité des cas. Le terme « Médecin » a permis de ne pas trop restreindre la recherche, et d’apercevoir que traditionnellement, la jurisprudence parle de « Docteur/Dr. ».

Les jurisprudences obtenues dans les recherches, chaque année, ont été lues une par une afin de déterminer de quelle décision il s’agissait. Il peut s’agir, soit une condamnation confirmée, soit une relaxe ou un non-lieu.

Une fois les données rassemblées, un graphique sous forme d’histogramme a été créé pour représenter le plus clairement possible l’évolution du taux de condamnation de médecins de l’année 1997 à l’année 2019, l’année 2020 n’étant pas terminée.

\*\*<https://www.legifrance.gouv.fr/rechJuriJudi.do?reprise=true&page=1>

## (II)

Moyenne du taux de médecins condamnés sur la base des données graphiques ci-dessus (I).

La formule pour calculer la moyenne de médecins condamnés de l’année 1997 à 2019 est la suivante :  $Moyenne\ de\ médecins\ condamnés = \frac{Nombre\ de\ condamnés}{Nombre\ d'années}$

Application :

$$Moyenne\ de\ médecins\ condamnés = \frac{12 + 3 + 5 + 7 + 6 + 5 + 6 + 4 + 4 + 6 + 10 + 6 + 3 + 5 + 4 + 6 + 5 + 2 + 2 + 3 + 1 + 2 + 3}{23}$$

$$= \frac{110}{23}$$

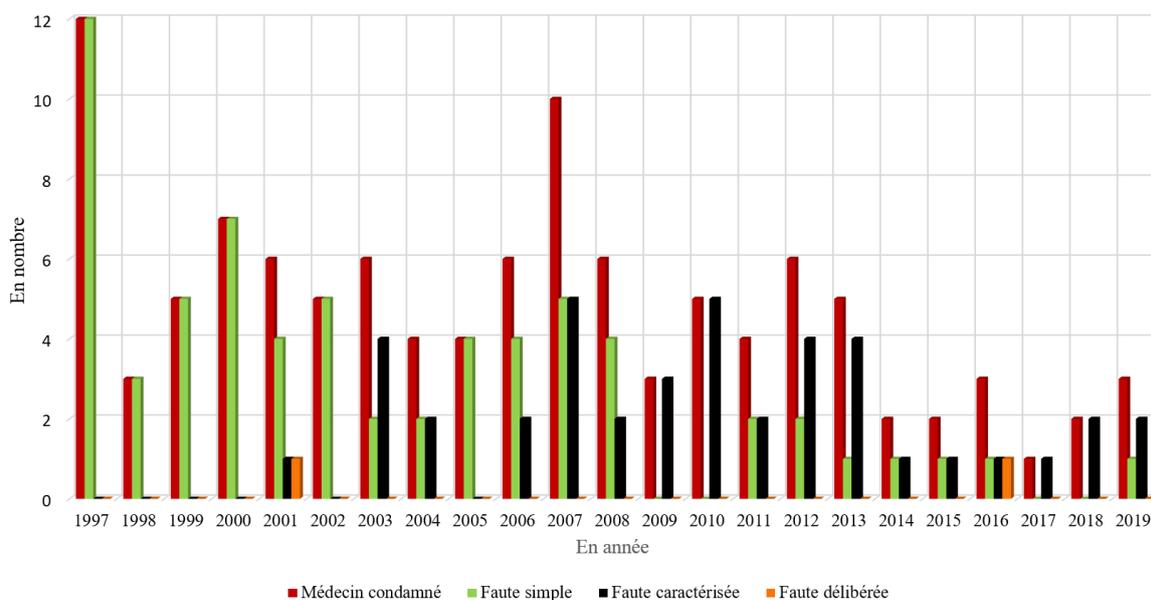
$$= 4,782 \approx 5$$

Donc environ 5 médecins par an sont condamnés pour faute médicale non intentionnelle.

## Annexe 2

### **Graphique représentatif de la nature de la faute pénale non intentionnelle commise par les médecins condamnés (toutes spécialités confondues) par la Chambre criminelle de la cour de cassation sur le fondement de l'article 121-3 du Code pénal.**

Graphique représentatif de la nature de la faute pénale non intentionnelle commise par les médecins condamnés (toutes spécialités confondues) par la Chambre criminelle de la cour de cassation sur le fondement de l'article 121-3 du Code pénal\*.



\*Protocole : Le graphique ci-dessus a été réalisé à partir de données récoltées uniquement sur le site internet <https://www.legifrance.gouv.fr/>.

Ce graphique a été établi concomitamment à celui réalisé en Annexe 1, établissant le taux de médecins condamnés (V° Annexe 1). Le taux de médecins condamnés y a été reproduit et pour chaque condamnation a été identifiée la nature de la faute qui a été reprochée au médecin en cause. C'est-à-dire, une faute médicale simple, une faute médicale caractérisée, ou une faute médicale délibérée.

### Annexe 3

#### **Calcul du pourcentage de la nature de chaque faute médicale non intentionnelle en fonction des condamnations de médecins rendues sur le fondement des articles 221-6, 222-19 et 121-3 du Code pénal.**

Sur la base du graphique de l'annexe 2 ont été calculés les pourcentages du recours à chacune des fautes médicales non intentionnelles par la jurisprudence.

Le taux de condamnation de médecin en nombre de 2001 (première année pleine à partir de laquelle la loi du 10 juillet 2000 est mise en œuvre) à 2019 (dernière année pleine durant laquelle la loi du 10 juillet 2000 est mise en œuvre) est de 83.

Ces 83 condamnations correspondent à la mise en œuvre de :

- Fautes simples de l'ordre de 39 condamnations.
- Fautes délibérées de l'ordre de 2 condamnations.
- Fautes caractérisées de l'ordre de 42 condamnations.

Pour obtenir le taux en pourcentage que représente chaque faute sur un total de 83 condamnations, les calculs ci-dessous ont été effectués selon la formule mathématique :

$$X(\text{faute}) = \frac{\text{nombre de X}}{\text{nombre total de condamnations}} \times 100.$$

Calculs effectués à l'aide des données précitées :

- Faute simple =  $\frac{39}{83} \times 100 \approx 47\%$
- Faute délibérée =  $\frac{2}{83} \times 100 \approx 2\%$
- Faute caractérisée =  $\frac{42}{83} \times 100 \approx 51\%$

$$\text{Calcul de vérification des pourcentages : } \left(\frac{39}{83} \times 100\right) + \left(\frac{2}{83} \times 100\right) + \left(\frac{42}{83} \times 100\right) = 100.$$

## Annexe 4

**Tableau représentatif des dix spécialités médicales les plus souvent mises en cause au pénal en matières intentionnelle et non intentionnelle.**

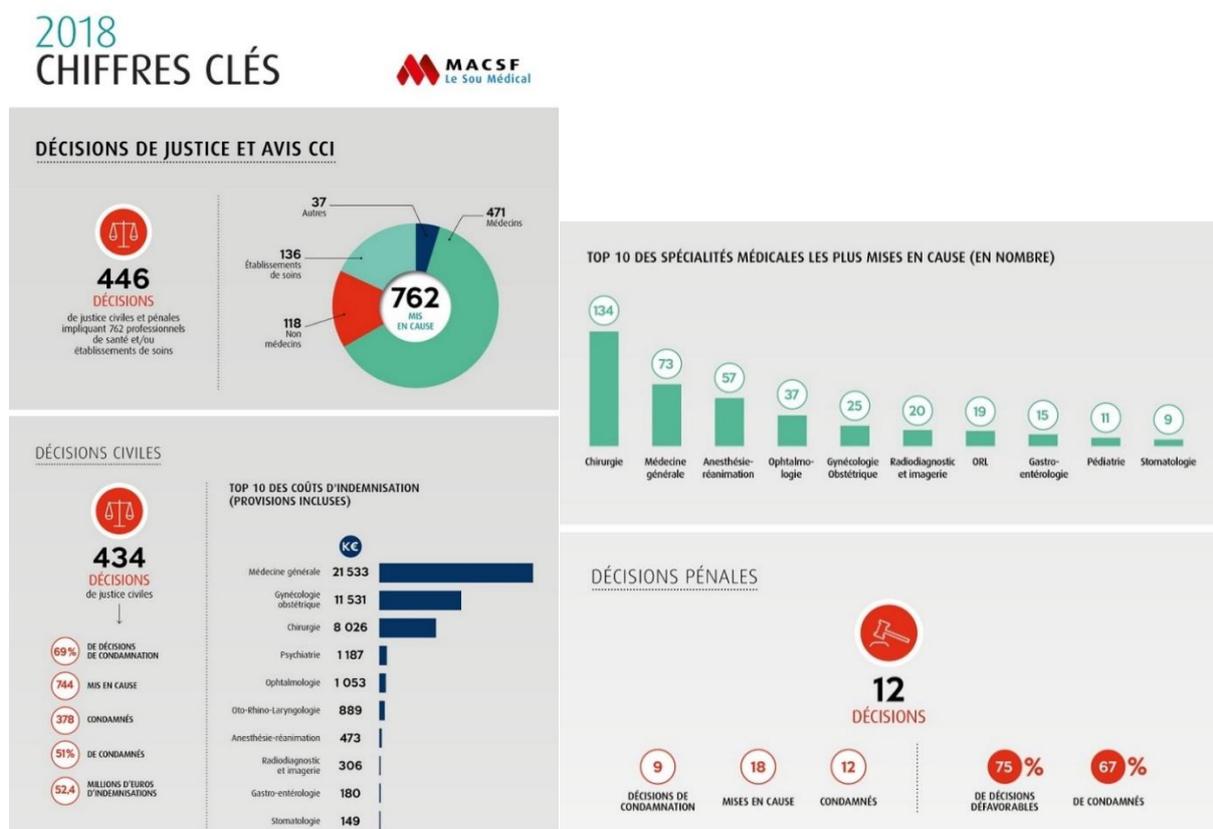
**Mises en cause et condamnations par spécialité en 2018 :**

<b>Spécialité</b>	<b>Relaxes</b>	<b>Condamnations</b>	<b>Mise en cause</b>
Anesthésie Réanimation	2	1	3
Chirurgie générale	1	1	2
Chirurgie urologique	1		1
Etablissements de santé		1	1
Gynécologie médicale		1	1
Médecine d'urgence		1	1
Médecin générale	2	2	4
Ophthalmologie		1	1
Pharmacien		1	1
Psychiatrie		1	1

Source : <https://www.macsf.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/decisions-de-justice-et-avis-CCI/Decisions-de-justice/Decisions-penales>

## Annexe 5

### Chiffres clés des décisions de justice civiles et pénales pour l'année 2018.



Source : <https://www.macsf.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/decisions-de-justice-et-avis-CCI/Chiffres-cles/chiffres-cles-avis-cci>

# Bibliographie

---

## 1. Ouvrages généraux

### 1.1. Traité et manuels

- BERNARDINI Roger, *Droit pénal général : Introduction au droit criminel, Théorie générale de la responsabilité pénale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Gualino, 2003, 682 pages, Coll. MANUELS.
- CONTE Philippe, *Droit pénal spécial*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, LexisNexis, 2019, 561 pages, Coll. MANUEL.
- CONTE Philippe, MAISTRE DU CHAMBON Patrick et FOURNIER Stéphanie, *La responsabilité civile délictuelle*, 1<sup>ère</sup> édition, Presses universitaires de Grenoble, 2015, 176 pages, Coll. Droit en +.
- DANTI-JUAN Michel, *Les orientations actuelles de la responsabilité pénale en matière médicale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, 295 pages, Coll. Travaux de l'institut de sciences criminelles de Poitiers, n°28.
- DREYER Emmanuel, *Droit pénal général*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, LexisNexis, 2019, 1517 pages, Coll. MANUEL.
- DUVAL-ARNOULD Domitille, *Droit de la santé : prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, DALLOZ Référence, 2019-2020, 1362 pages.
- MAYAUD Yves, *Violences involontaires et responsabilité pénale*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz Référence, Entreprise, Économie et Droit, 2003, 400 pages.
- MERLE Roger et VITU André, *Traité de droit criminel*, Problèmes généraux de la science criminelle, 1981, 4<sup>ème</sup> édition, Cujas, 1068 pages.
- MISTRETTA Patrick, *Droit pénal médical*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Ed. Cujas, 2013, 454 pages.
- PIN Xavier, *Droit pénal général*, 11<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2020, 581 pages.
- PIN Xavier, *Droit pénal général*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2012, 455 pages, Coll. Cours.

- SOYER Jean-Claude, *Droit pénal et procédure pénale*, 15<sup>ème</sup> édition, Paris, LGDJ, 2000, 448 pages.
- TERRÉ François et MOLFESSIS Nicolas, *Introduction générale au droit*, 11<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2019, Coll. Précis, 712 pages.

### 1.2. Dictionnaires, encyclopédies et répertoires

- CALLU Marie-France, GIRER Marion et ROUSSET Guillaume, *Dictionnaire de droit de la santé*, Paris, LexisNexis, 2017, 417 pages.
- CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12<sup>ème</sup> édition, Paris, PUF, 2018, 1103 pages.
- DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques*, 23<sup>ème</sup> édition, Paris, Dalloz, 2015-2016, 1105 pages.
- Répertoire Dalloz.

## 2. **Ouvrages spéciaux**

### 2.1. Mémoires et thèses

- BÉNÉJAT Murielle, *La responsabilité pénale professionnelle*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Dalloz, 2012, 524 pages Coll. NBT, Vol. 11.
- BERTÉ Stéphanie, *L'intention en droit pénal*, PONCELA Pierrette, Thèse de doctorat, Droit privé, Université Paris X, 2005, [consultable en bibliothèque].
- HENNEQUIN Pascal, *Santé et hygiène de l'enfant dans l'Égypte ancienne*, GRIGNON Georges, Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Médecine générale, Université Henri Poincaré, 2001, 263 pages, [en ligne], [consulté le 10/02/2020],  
Disponible sur : <http://docnum.univ-lorraine.fr>
- MARZEC Émilie, *Les conséquences de la loi du 10 juillet 2000 dans le domaine de la responsabilité médicale*, DORSNER-DOLIVET, Mémoire de DEA, Droit privé, Université de Lille 2 Droit et santé, École doctorale n°74, 2002-2003, 91 pages, [en ligne], [consulté le 10/04/2020],  
Disponible sur ; [http://edoctrale74.univ-lille2.fr/fileadmin/master\\_recherche/T\\_1\\_chargement/memoires/medical/marzece03.pdf](http://edoctrale74.univ-lille2.fr/fileadmin/master_recherche/T_1_chargement/memoires/medical/marzece03.pdf)

- MERYANNE Elodie, *Le risque de mort en droit pénal*, MAYAUD Yves, Mémoire de Master 2, Droit pénal et sciences pénales, Université Panthéon-Assas, 2011, 126 pages, [en ligne], [consulté le 08/11/2020],  
Disponible sur : <https://docassas.u-paris2.fr/nuxeo/site/esupversions/ecf11330-8278-4ac9-bf6e-5ed68c5a36a4?inline>
- PELLIER Jean-Denis, *Le principe de l'unité des fautes civile et pénale à l'épreuve de la loi du 10 juillet 2000*, DI MARINO Gaëtan, Mémoire pour le Diplôme de Maîtrise en droit privé, sciences criminelles et justice, Droit privé, Université Paul Cézanne – Aix-Marseille III, 2004-2005, 91 pages, [en ligne], [consulté le 30/03/2020],  
Disponible sur : <http://www.glose.org/mem026-htm.htm>
- PY Bruno, *Recherches sur les justifications pénales de l'activité médicale*, SEUVIC Jean-François, Thèse de Doctorat, Droit privé, Université de Nancy II, 1993, 572 pages, [en ligne], [consulté le 02/04/2020],  
Disponible sur : <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/NANCY2/doc397/1993NAN20007.pdf>
- RABUT-BONALDI Gaëlle, *Le préjudice en droit pénal*, 1ère édition, Paris, Dalloz, 2016, Coll. NBT, Vol. 159, 605 pages.
- ROUSSEAU François, *L'imputation dans la responsabilité pénale*, 1ère édition, Paris, Dalloz, 2009, Coll. NBT, 496 pages.
- ROUSVOAL Laurent, *L'infraction composite : essai sur la complexité en droit pénal*, MORVAN Patrick, Thèse de doctorat, Droit, Université Rennes 1, 2011, 616 pages.

## 2.2. Manuscrit

- MERCIER Louis-Sébastien, *Tableau de Paris*, Nouvelle édition, 7<sup>ème</sup> T, Amsterdam, 1783, 211 pages.

## 2.3. Rapports

- DOSIÈRE René, « Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, tendant à préciser la définition des délits non intentionnels », Assemblée Nationale, Rapport n°2266, 29 mars 2000, Onzième législature, 45 pages, [en ligne], [consulté le 02/04/2020],  
Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r2266.asp>

- DOSIÈRE René, « Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, tendant à préciser la définition des délits non intentionnels », Assemblée Nationale, Rapport n° 2528, 30 juin 2000, Onzième législature, 16 pages, [en ligne], [consulté le 02/04/2020],  
Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r2528.asp>
- FAUCHON Pierre, rapport n° 177 (1999-2000), fait au nom de la commission des lois, déposé le 20 janvier 2000, [en ligne], [consulté le 02/04/2020],  
Disponible sur : <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pplfauchon.html>
- FAUCHON Pierre, rapport n° 296 (1995-1996), fait au nom de la commission des lois, déposé le 27 mars 1996, [en ligne], [consulté le 30/03/2020],  
Disponible sur : [https://www.senat.fr/rap/195-296/195-296\\_mono.html](https://www.senat.fr/rap/195-296/195-296_mono.html)
- FERRARI Isabelle « Le médecin devant le juge pénal », Cour de cassation, 1999, 8 pages, [en ligne], [consulté le 20/03/2020],  
Disponible sur : <https://www.courdecassation.fr>
- LAMANDA Vincent et MARIN Jean-Claude, *Le risque*, Cour de cassation, 2011, Rapport annuel, [en ligne], [consulté le 12/03/2020],  
Disponible sur :  
[https://www.courdecassation.fr/IMG/pdf/Rapport\\_CourCassation\\_2011.pdf](https://www.courdecassation.fr/IMG/pdf/Rapport_CourCassation_2011.pdf)
- MASSOT Jean, *La responsabilité pénale des décideurs publics*, La documentation Française, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, 2000, 122 pages, Collection des rapports officiels, Rapport au garde des Sceaux.
- POUILLARD Jean, « Histoire de l'ordre national des médecins français », 2012, Ordre National des Médecins, [en ligne], [consulté le 17/03/2020],  
Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- TAMBURINI Stéphanie, « Décisions civiles », *MACSF*, Rapport annuel, Risque médical, 2019, [en ligne], [consulté le 13/04/2020],  
Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/decisions-de-justice-et-avis-CCI/Decisions-de-justice/panorama-risque-medical-decisions-civiles>

#### 2.4. Numéro spécial

- BOULOC Bernard, *Les droits et le droit : mélanges dédiés à Bernard Bouloc*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, 2007, Dalloz, Coll. Études, mélanges, travaux, 1243 pages.

## 2.5. Colloques et essais

- AUDIBERTI Jacques, *Les médecins ne sont pas des plombiers*, 1<sup>ère</sup> édition, Gallimard, 1949, 200 pages, Coll. Blanche.
- GRANDORDY Béatrice, *Le médecin devant le juge : Fait-il face à une « menace aggravée » du pénal ?*, DESMURE Patrick, HAERTIG Alain, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, L'Harmattan, 2015, 182 pages, Coll. Questions contemporaines.
- MISTRETTA Patrick, *Le droit français à l'aune du droit comparé : pour un droit pénal médical rénové ?*, 1<sup>ère</sup> édition, Institut Universitaire Varenne, 2017, 240 pages, Coll. Colloques & Essais, Vol. 42.
- PONCELET Christian et CANIVET Guy, « Les délits non intentionnels – La loi Fauchon : 5 ans après », *Sénat, Cour de cassation*, Colloque, 1<sup>er</sup> mars 2006.

## 2.6. Ouvrage littéraire

- MOLIÈRE, *L'amour médecin*, Acte II, Scène V, Comédie, Ligarán, 1872, 54 pages.

## 3. **Articles et chroniques**

- ARCHER Frédéric, « Droit pénal médical », *RGDM*, n°48, 2013, p.271-276.
- BAUDRY-MERLY Annabelle, « La responsabilité civile, un aspect de la responsabilité médicale », *Revue juridique de l'Ouest*, 1999-1. La responsabilité médicale: vers une dérive à l'américaine. pp. 15-32.
- BENOIT Jean, « La responsabilité pénale des élus locaux pour imprudence ou négligence après la loi du 13 mai 1996 », *Rec. Dalloz*, 1999, p.56.
- BERCHTOLD Jacques, « Jean-Jacques, l'homme selon la nature », *Dix-huitième siècle*, 2013, n°45, p. 231-247.
- BERT Daniel, « Feu l'arrêt Mercier ! », *Rec. Dalloz*, 2010, p.1810, [en ligne], [consulté le 02/03/2020],  
Disponible sur : [https://actu.dalloz-etuudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/OCTOBRE\\_2012/D2010-1801.pdf](https://actu.dalloz-etuudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/OCTOBRE_2012/D2010-1801.pdf)
- CARTIER Marie-Élisabeth, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, n°4, p.725.

- CEDRAS Jean, AGRAM Séverine, BADRI Béatrice et al., « La responsabilité pénale du médecin », *Revue juridique de l'Ouest*, 1996, n° spécial, p.119-138.
- COMMARET Dominique, « La loi Fauchon, cinq ans après », *DP* n°4, 2006, LexisNexis, Étude 7, 3 pages.
- CORIOLAND Sophie, « Responsabilité pénale des personnes publiques : infractions non intentionnelles », *RRPP*, 2020, p.145-209.
- CROIZER Jacques, « 'Nihil est sine ratione sufficiente cur potius sit quam non sit' » ou « Le principe de raison suffisante et son application dans les *Elementa Mechanica* de Wolff », *Archives de philosophie*, 2002, T. 65, p.105-131.
- DEMARCHI Jean-Raphaël, « La reconnaissance implicite d'un lien de causalité directe entre le défaut de surveillance d'un interne et le décès d'une patiente », *AJ Pénal*, Dalloz, 2009, p.224.
- GIUDICELLI André, « La déclaration par le juge répressif de l'absence de faute pénale non intentionnelle ne fait pas obstacle à ce que le juge civil retienne une faute civile d'imprudence ou de négligence », *RSC*, 2001, p.613, [en ligne], [consulté le 10/03/2020],  
Disponible sur : [https://actu.dalloz-udiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/MARS\\_2011/RSC\\_2001\\_guidicelli.pdf](https://actu.dalloz-udiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/MARS_2011/RSC_2001_guidicelli.pdf)
- JOSEPH-RATINEAU Yannick, « Tous les chemins mènent à la faute caractérisée », *Rec. Dalloz*, 2009, p.1320.
- LANDOT Éric, « 17 ans après la loi Fauchon... », *Le blog juridique du monde public*, Brèves et articles, 2017, [en ligne], [consulté le 26/04/2020],  
Disponible sur : <https://blog.landot-avocats.net/2017/07/27/17-apres-la-loi-fauchon/>
- LAURENT Dominique, « La déontologie médicale en 2015 », *Les tribunes de la santé*, 2015, Vol.3, n°48, p.23-32.
- LEFEUVRE-DARNAJOU Karine, « Le lien de causalité ou la résurgence d'une certaine rationalité au sein de la responsabilité », *Revue juridique de l'Ouest*, 2003, n°16, Vol. 4, p.389-418.
- LEJEUNE Charles, « La loi de Hammourabi », *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 1910, VI° série, Tome 1, p. 500-511.

- LEONARD Jacques, « Les guérisseurs en France au XIX<sup>e</sup> siècle », *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, 1980, Vol.27-3, p.501-516.
- LE TOURNEAU Philippe, « La causalité », *La responsabilité civile*, 2003, Chapitre III, p.39-54.
- LE TOURNEAU Philippe, « Activité médicale », *Dalloz action DRC*, 2018-2019, 641.14.
- MAYAUD Yves, « Violences involontaires : théorie générale. Antisocialité des violences », *Rép. de droit pénal et de procédure pénale*, 2006 [actualisation 2019], 380-430.
- MÉSA Rodolphe, « Précisions sur la faute caractérisée et la causalité directe en matière de délits non intentionnels contre les personnes », *Gaz. Pal.*, 2014, n°107, p.5.
- OLMER Fabienne, « La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques », *Sociétés et Représentations*, 2009, vol.2, n°28, p.153-172.
- PEREIRA Brigitte, « Existence de la responsabilité pénale », *Rép. De droit pénal et de procédure pénale*, 2017 [actualisation 2020], p.33-43.
- PIN Rémi, JOSSET Patrick, « Y-avait-il des médecins à la préhistoire ? », *Musée de l'Homme*, [en ligne], [consulté le 17/03/2020],  
Disponible sur : <http://lhommeenquestions.museedelhomme.fr>
- PONSEILLE Anne, « La faute caractérisée en droit pénal », *RSC*, 2003, p.79.
- PROROK Johan, « La répression civile », *RSC*, 2019, Vol. 2, n°2, p.313-325.
- REBUT Didier, « Justice pénale et justice civile évolution, instrumentalisation, effets pervers... », *Pouvoirs*, 2009, Vol. 1, n°128, p.49-59.
- RENAUD Pascale, « Responsabilité pénale du médecin pour fautes essentielles et déterminantes ayant directement causé le dommage », *RDS*, 2015, n°64, p.264-269.
- RICCHI Charles-Emmanuel (Me), « Les délits non intentionnels et la loi du 10 juillet 2000 », *Juriécole*, Droit et devoirs, Interview, 2010, [en ligne], [consulté le 02/04/2020],  
Disponible sur : <https://juriécole.fr/video/delit-loi-fauchon/>

- RUET Céline, « Commentaire de la loi n°96-393 du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence », *RSC*, 1998, p.23, [en ligne], [consulté le 22/03/2020],  
Disponible sur : <https://hal-univ-paris10.archives-ouvertes.fr>
- SÉRIAUX Alain, « L'appréciation de la faute pénale d'imprudence en droit français contemporain », *RDSS*, 2017, Vol.2, n°2, p.231-246.
- SORDINO Marie-Christine, « Extension du domaine de la causalité directe en cas d'homicide involontaire : la responsabilité pénale du médecin peut être engagée pour faute simple en cas d'erreur médicale de l'interne car la causalité est indirecte », *RDS*, n°29, p.241-243.
- THOUVENIN Dominique, « Responsabilité médicale : de quoi s'agit-il exactement ? », *Sciences sociales et santé*, 2006, Vol.24, n°2, p.35-42.
- TRUCHET Didier, « Télémedecine et déontologie », *RDSS*, 2020, p.44.
- VINEY Geneviève, « La nouvelle définition des délits non intentionnels par la loi du 10 juillet 2000 », *RSC*, 2001, p.764.
- VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Jurisprudence - Tribunal de Grande Instance Paris, 14 janv. 2009, no 9135820020 », *Gaz. Pal.*, 2009, n°71, p.38.

#### 4. Notes, conclusions et observations

- ARCHER Frédéric, « Criminologie », *Cours magistral*, Université de Lille, Master 1 Droit privé, année universitaire 2018-2019, Nt. Personnelles.
- CARTUYVELS Yves, *Une approche criminologique de la gravité*, « Gravité et droit pénal », XXIV° Co. de l'AFDP, Lille, 5 mars 2020, Nt. Personnelles.
- CHASSAGNARD-PINET Sandrine, « Théorie du droit », *Cours magistral*, Université de Lille, Master 2 Droit privé approfondi, année universitaire 2019-2020, Nt. Personnelles.
- GOETZ Dorothée, « Violences involontaires : appréciation de la faute caractérisée », *Dalloz Actualité*, 2016, Nt. Cass. crim., 28 juin 2016, n°15-83.862.
- MAYAUD Yves, « Infractions d'imprudence ou de négligence : preuves des diligences normales », *RSC*, 1997, p.833, obs. TGI Lyon, 26 septembre 1996, Nt. SEILLANVERSAILLES, 13 septembre 1996.

## 5. Table de jurisprudence

### 5.1. Principe général de responsabilité pénale

- Cass. crim., 28 mai 1891, Bull. n°210.
- CA. Rouen, 1<sup>er</sup> février 2006, n°297316.

### 5.2. Appréciation générale de la faute médicale non intentionnelle

- Cass. crim., 2 décembre 2003, JCP G, 2004, II, 10 044.

### 5.3. La faute d'imprudence

- Cass. crim., 26 novembre 1997, Sansous, Resp civ et ass 1998, n°250.
- Cass. crim., 3 décembre 1997, Mignon, Resp civ et ass 1998, n°254.

### 5.4. La faute de négligence

- Cass. crim., 30 octobre 1996, n°96-80.263.
- Cass. crim., 19 février 1997, Bull. n°67.

### 5.5. Sens de la loi du 13 mai 1996 relative à la responsabilité pénale pour des faits d'imprudence ou de négligence

- Cass. crim., 14 octobre 1997, 96-83.356, Bull.

### 5.6. Les diligences normales

- Cass. crim., 26 novembre 1997, 97-80.069, Inédit.
- Cass. crim., 19 octobre 2004, n°04-80.317, Publié au bulletin.
- C.A. PAU, 2 juillet 2019.
- Cass. crim., 30 octobre 2019, n°19-85.319, Inédit.

### 5.7. Unité et dualité des fautes civile et pénale

- Cass. civ., 18 décembre 1912, BROCHET et DESCHAMPS, Inédit.
- Cass. crim., 6 juillet 1934, GOURON.
- Cass. 2<sup>ème</sup> civ., 16 septembre 2003, n°263.

### 5.8. Lien de causalité

#### 5.8.1. *Généralités*

- Cass. crim., 9 janvier 1979, 19272.
- Cass. crim., 29 juin 1999, 98-82.300, Publié au bulletin.

#### 5.8.2. *Certitude*

- Cass. crim., 11 décembre 1957, n°829, Bull.
- Cass. crim., 23 octobre 2001, 01-81.030, Publié au bulletin.
- Cass. crim., 23 octobre 2001, 01-81.227, Publié au bulletin.
- Cass. crim., 5 octobre 2004, 03-86.169, Publié au bulletin.
- Cass. crim., 22 mars 2005, 04-84.459, Inédit.
- Cass. crim., 13 décembre 2011, 11-82.313, Inédit.
- Cass. crim., 6 novembre 2018, 17-81.420, Inédit.
- Cass. crim., 5 mars 2019, n°17-87.290, Inédit.
- Cass. crim., 28 janvier 2020, n°18-86.054, Inédit.

#### 5.8.3. *Prédispositions de la victime et lien de causalité*

- Cass. crim., 30 janvier 2007, Bull. crim

#### 5.8.4. *Perte de chances de survie*

- Cass. crim., 1<sup>er</sup> avril 2003, 02-81.872, Inédit.

#### 5.8.5. *Équivalence des conditions*

- Cass. crim., 5 juillet 1997, n°96-84.524, Inédit au bulletin.

#### 5.8.6. *Lien de causalité directe*

##### 5.8.6.1. *La faute cause immédiate du dommage*

- Cass. crim., 21 septembre 2004, n°03-85.510, Publié au Bulletin.
- Cass. crim., 5 avril 2016, n°14-85.189, Inédit.

##### 5.8.6.2. *La faute cause essentielle et déterminante du dommage*

- Cass. crim., 29 octobre 2002, n°01-87-374.
- Cass. crim., 13 novembre 2002, n°01-88.462.

#### 5.8.7. *Lien de causalité indirecte*

##### 5.8.7.1. *Distinctions terminologiques*

- Cass. crim., 5 décembre 2000, n°00-82.108, Publié au bulletin.

5.8.7.2. *L'auteur indirect*

- Cass. crim., 13 février 2007, n°06-81.089, Publié au bulletin.
- Cass. crim., 23 octobre 2012, n°11-85.360, Inédit.
- Cass. crim., 22 octobre 2019, n°18-84.001, Inédit.

5.9. La faute médicale simple

- Cass. crim., 10 décembre 2002, n°02-81.415, Publié au bulletin.
- Cass. crim., 18 mars 2008, n°07-83.067.
- Cass. crim., 13 septembre 2016, n°15-85.046, Publié au bulletin.

5.10. La faute médicale délibérée

- Cass. crim., 11 septembre 2001, n°00-85.473, Publié au bulletin.
- Cass. crim., 18 mai 2010, n°09-83.032, Inédit.

5.11. La faute médicale caractérisée

5.11.1. *Définition et mise en œuvre*

- Cass. Ch. réunies., 15 juillet 1941, n°00-26.836, Inédit.
- Cass. crim., 18 octobre 2011, n°11-80.653, Inédit.
- Cass. crim., 23 octobre 2012, n°11-85.360, Inédit.
- Cass. crim., 1 octobre 2013, n°12-84.762, Inédit.
- Cass. crim., 6 novembre 2018, n°17-82.973, Inédit.
- Cass. crim., 15 janvier 2019, n°17-86.461, NP.
- Cass. crim., 10 septembre 2019, n°18-85.019, NP.

5.11.2. *Série de fautes d'imprudence ou de négligence caractérisée*

- Cass. crim., 19 avril 2017, n°16-83.640, Inédit.
- Cass. crim., 19 avril 2017, n°16-83.540, Inédit.
- Cass. crim., 6 novembre 2018, n°17-81.420, Inédit.

5.11.3. *Rejet de QPC*

- Cass. crim., 24 septembre 2013, n°12-87.059.

5.11.4. *Pratiques jurisprudentielles*

- Cass. crim., 22 mai 2013, n°12-82.734, Inédit.
- Cass. crim., 29 octobre 2013, n°12-86.233, Inédit.
- Cass. crim., 6 novembre 2018, n°17-81.420, Inédit.

## 6. Articles de presse papier et numérique

- A.M, « Généraliste lourdement condamné pour une gastro : « Aurions-nous mieux fait à la place de ce confrère ? », *Egora.fr*, ça vous fait réagir, 2019, [en ligne], [consulté le 18/01/2020],  
Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/ca-vous-a-fait-reagir/51905-generaliste-lourdement-condamne-pour-une-gastro-aurions-nous>
- ALLODOCTEURS, « Les français n’hésitent plus à déposer plainte contre les professionnels de santé », *FranceInfo*, Santé/Affaires, 2017, [en ligne], [consulté le 11/03/2020],  
Disponible sur : [https://www.francetvinfo.fr/sante/affaires/les-francais-n-hesitent-plus-a-deposer-plainte-contre-les-professionnels-de-sante\\_2412353.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/affaires/les-francais-n-hesitent-plus-a-deposer-plainte-contre-les-professionnels-de-sante_2412353.html)
- COTTE Bruno et GUIHAL Dominique, *La loi Fauchon, cinq ans de mise en œuvre jurisprudentielle*, Responsabilité pénale, Droit pénal n°4, Étude n°6, 2006.
- FOULT Marie, « Un urgentiste de Valenciennes condamné à un an de prison avec sursis après la mort d’une jeune fille », *Le quotidien du médecin*, Hôpital, 2019, [en ligne], [consulté le 02/05/2020], Disponible sur :  
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/un-urgentiste-de-valenciennes-condamne-un-de-prison-avec-sursis-apres-la-mort-dune-jeune-fille>

## 7. Sites internet

- Allodocteurs.fr, [consulté le 11/03/2020], <https://www.allodocteurs.fr/>
- ATIH, [consulté le 11/03/2020], <https://www.atih.sante.fr/>
- Assemblée-Nationale, [consulté le 13/04/2020], <http://www.assemblee-nationale.fr/>
- BDNS, [consulté le 15/04/2020], <https://www.bnds.fr/>
- Cairn.info, [consulté le 10/04/2020], <https://www.cairn.info/>
- Citations, [consulté le 30/04/2020], <https://citations.ouest-france.fr/>
- Conseil national de l’ordre des médecins, [consulté le 29/02/2020],  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/>
- Dalloz.fr, [consulté le 14/04/2020], <https://www.dalloz.fr/>
- DallozActualité, [consulté le 30/04/2020], <https://www.dalloz-actualite.fr/>
- Dalloz Bibliothèque, [consulté le 02/04/2020], <https://www.dalloz-bibliotheque.fr/>
- Egora.fr, [consulté le 06/05/2020], <https://www.egora.fr/>
- Franceinfo., [consulté le 22/04/2020], <https://www.francetvinfo.fr/>
- Juriécole.fr, [consulté le 10/05/2020], <https://juriécole.fr/>

- LaBaseLextenso, [consulté le 07/04/2020], <https://www.labase-lextenso.fr/>
- Lequotidiendumédecin, [consulté le 13/05/2020],  
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/>
- MACSF, [consulté le 13/05/2020], <https://www.macsf.fr/>
- Musée de l'Homme, [consulté le 17/03/2020], <http://www.museedelhomme.fr/fr>
- Persée, [consulté le 27/03/2020], <https://www.persee.fr/>
- Sénat.fr, [consulté le 27/04/2020], <http://www.senat.fr/>
- Thèses.fr, [consulté le 02/05/2020], <http://www.theses.fr/>
- TV5MONDE, [consulté le 23/02/2020], <http://www.tv5monde.com/>

## Tables des matières

---

Abréviations.....	p.3
Sommaire.....	p.5
Introduction.....	p.7
<b>PARTIE 1 L'ÉVOLUTION DE LA FAUTE PÉNALE NON INTENTIONNELLE APPLIQUÉE À LA SPHÈRE D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>p.15</b>
<b>CHAPITRE 1 LES CONTOURS DE L'ANCIENNE FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE.....</b>	<b>p.16</b>
<b>Section 1 Diagnostic de la faute pénale non intentionnelle en matière médicale.....</b>	<b>p.16</b>
<i>Paragraphe 1 La notion de faute pénale non intentionnelle commise par le médecin.....</i>	<i>p.16</i>
<i>Paragraphe 2 Le vœu d'un assouplissement de la répression par les décideurs publics.....</i>	<i>p.22</i>
<b>Section 2 L'application de la faute médicale non intentionnelle avant la loi du 10 juillet 2000.....</b>	<b>p.28</b>
<i>Paragraphe 1 L'unité de la faute médicale non intentionnelle et ses conséquences.....</i>	<i>p.28</i>
<i>Paragraphe 2 L'application prétorienne de théories doctrinales sur la causalité.....</i>	<i>p.33</i>
<b>CHAPITRE 2 LA MUTATION DE LA FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE.....</b>	<b>p.38</b>
<b>Section 1 L'autre visage de la faute médicale non intentionnelle.....</b>	<b>p.38</b>
<i>Paragraphe 1 La définition remaniée de la faute médicale non intentionnelle.....</i>	<i>p.38</i>
<i>Paragraphe 2 Une faute fondée sur la nature certaine du lien de causalité.....</i>	<i>p.43</i>
<b>Section 2 L'intensité du lien de causalité.....</b>	<b>p.50</b>

<i>Paragraphe 1 La causalité directe</i> .....	p.50
<i>Paragraphe 2 La causalité indirecte</i> .....	p.56
<b>PARTIE 2 L'APPLICATION DE LA FAUTE PÉNALE NON INTENTIONNELLE AU MONDE MÉDICAL</b> .....	p.61
<b>CHAPITRE 1 LA BICÉPHALITÉ DE LA FAUTE MÉDICALE NON INTENTIONNELLE</b> .....	p.61
<b>Section 1 La faute médicale simple</b> .....	p.59
<i>Paragraphe 1 La teneur de la faute médicale simple</i> .....	p.62
<i>Paragraphe 2 La condition exonératoire relative à l'accomplissement de diligences normales</i> .....	p.67
<b>Section 2 La faute médicale qualifiée</b> .....	p.71
<i>Paragraphe 1 La faute médicale délibérée</i> .....	p.71
<i>Paragraphe 2 La faute médicale caractérisée</i> .....	p.77
<b>CHAPITRE 2 LE TEMPS DES MAUX VINGT ANS APRÈS LA LOI FAUCHON</b> .....	p.84
<b>Section 1 Les réprobations textuelles et prétoriennes</b> .....	p.84
<i>Paragraphe 1 Le prétendu effet placebo de la loi du 10 juillet 2000</i> .....	p.85
<i>Paragraphe 2 La naissance de pratiques jurisprudentielles porteuses d'insécurité juridique</i> .....	p.89
<b>Section 2 La perfectibilité du droit pénal médical en matière non intentionnelle</b> .....	p.95
<i>Paragraphe 1 Les conséquences de la faute pénale non intentionnelle sur le médecin condamné</i> .....	p.95
<i>Paragraphe 2 Les idées palliatives au régime pénal de droit commun imparfait appliqué au médecin</i> .....	p.101

Conclusion .....	p.107
Table des annexes.....	p.109
Annexes.....	p.110
Annexe 1.....	p.110
Annexe 2.....	p.112
Annexe 3.....	p.113
Annexe 4.....	p.114
Annexe 5.....	p.115
Bibliographie.....	p.116
Table des matières.....	p.127