

Faculté de droit et de criminologie

L'obligation de résultat dans la responsabilité civile médicale

Auteur : Valérie-Anne GHIETTE

Promoteur : Bernard DUBUISSON

***Lecteurs : Vincent CALLEWAERT et
Bertrand DE CONINCK***

Année académique 2021-2022

Justice civile et pénale

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Avant de débiter ce travail, je souhaite adresser quelques « mercis » aux personnes qui m'ont soutenue durant cette rédaction :

Merci à mon promoteur, Mr. Bernard Dubuisson, pour son suivi, ses corrections et sa réactivité, même durant les vacances d'été ;

Merci à mes deux parents pour leurs maintes relectures, leurs conseils et leur dévouement pour me placer dans des conditions de travail optimales ;

Merci au personnel de la Bibliothèque de Droit pour m'avoir aidée dans mes recherches d'ouvrages ;

Merci à mon amie Chloé pour son optimisme inébranlable, ses encouragements et pour avoir toujours eu les bons mots dans les moments difficiles ;

Et enfin, merci à mes colocataires, qui m'ont soutenue moralement durant toute cette année et sans qui mes journées auraient semblé bien plus longues.

Tables des matières

Remerciements	5
Tables des matières	7
Introduction	11
Partie I. La relation juridique entre le médecin et son patient	13
Introduction	13
Chapitre 1 ^{er} . Principe : la relation contractuelle	13
Section 1. Bref historique	13
Section 2. L'arrêt Mercier	13
Section 3. Les caractéristiques du contrat médical.....	14
Chapitre 2. Exception : la relation extracontractuelle	15
Chapitre 3. Intérêt de la distinction et cumul des responsabilités	15
Partie II. La nature des obligations du médecin	16
Introduction	16
Chapitre 1 ^{er} . Principes généraux : obligation de moyens ou de résultat	16
Section 1. Distinction	16
§1 ^{er} . Historique et bases légales	16
§2. Définitions	17
§3. Responsabilité contractuelle ou délictuelle	18
§4. Critère de la distinction	18
§5. Intérêts de la distinction	20
Section 2. Charge de la preuve	20
§1. Obligation de moyens.....	20
§2. Obligation de résultat	21
Chapitre 2. L'obligation de moyens du médecin	22
Introduction	22

Section 1. La faute médicale – le standard du médecin normalement prudent et diligent	22
Section 2. La notion d'aléa thérapeutique	25
Partie III. Quand le médecin doit atteindre un résultat	26
Introduction	26
Chapitre 1 ^{er} . Les obligations de résultat découlant de la loi.....	28
Section 1. Volet pénal	28
Section 2. Volet civil	29
§1 ^{er} . Considérations générales.....	29
§2. L'obligation d'information.....	29
Chapitre 2. Les obligations de résultat découlant de la volonté expresse des parties	31
Section 1. Les obligations de résultat concernant les moyens à utiliser	32
Section 2. Les obligations de résultat concernant l'issue du traitement.....	32
Chapitre 3. Les obligations de résultat découlant de l'absence d'aléa du résultat	34
Section 1. Les accessoires à l'activité médicale.....	34
§1 ^{er} . Le matériel médical.....	35
1. Le défaut de fabrication	35
2. Le matériel fourni par le médecin	36
3. L'utilisation du matériel par le médecin	37
4. Une responsabilité du fait des choses sur base de l'article 1384 du Code civil ?	37
§2. Les examens simples de laboratoire et les injections cutanées	37
§3. Les oublis d'instruments ou de matériel dans le corps du patient.....	39
Section 2. Les opérations médicales simples	40
Section 3. Les cas ne présentant aucun caractère aléatoire	40
§1 ^{er} . L'obligation de traiter le bon patient.....	40
§2. L'obligation de traiter le bon organe.....	42
Conclusion.....	42
Partie IV. Cas particuliers.....	44
Introduction	44
Chapitre 1 ^{er} . Les infections nosocomiales.....	44

Section 1. Définitions	44
§1 ^{er} . Jurisprudence.....	44
§2. Doctrine	45
§3. Législation	46
§4. Concept voisin : les affections iatrogènes	47
Section 2. Position du problème en matière de responsabilité civile	48
Section 3. Le régime de responsabilité en droit français.....	49
§1 ^{er} . Évolutions du régime	49
1. Jurisprudence	49
a. Conseil d'Etat (fr)	49
b. Cour de cassation (fr)	50
2. Législation.....	51
3. Doctrine.....	51
§2. Etendue de l'obligation de résultat.....	53
Section 4. Le régime belge	53
§1 ^{er} . Jurisprudence.....	53
1. À Liège.....	53
2. À Bruxelles	56
3. En Flandres	57
4. Devant la Cour de cassation.....	57
§2. Doctrine	58
1. Les auteurs opposés à la reconnaissance d'une obligation de résultat.....	58
2. Les auteurs favorables à la reconnaissance d'une obligation de résultat....	59
§3. Législation	60
Section 5. Droit comparé.....	61
§1 ^{er} . Le régime allemand.....	61
1. Législation.....	61
2. Le régime de responsabilité	61
§2. Le régime espagnol	63
Conclusion.....	64
Chapitre 2. Les stérilisations	66
Section1. Définitions	66
Section 2. Position du problème en matière de responsabilité médicale	66
Section 3. Obligations de moyens, ou de résultat ?	67

§1 ^{er} . Jurisprudence.....	67
1. Les vasectomies	67
a. A Anvers	67
b. Dans le reste du royaume.....	67
2. Les salpingectomies	68
§2. Doctrine	69
Conclusion.....	70
Chapitre 3. La chirurgie esthétique	71
Section 1. Une obligation de résultat ?.....	71
Section 2. Seulement une obligation de moyens.....	71
Conclusion.....	74
Bibliographie.....	76
Législation.....	76
Législation belge :	76
Législation étrangère :	78
Jurisprudence.....	79
Jurisprudence belge :	79
Jurisprudence française :	85
Autres :	86
Doctrine	87
Sites internet.....	92
Divers	93

Introduction

« Exerçant par profession le redoutable et unique privilège de porter des coups et blessures volontaires pour le bien d'autrui, ce n'est pas sans malaise que, placés dans une situation exceptionnelle, les médecins se voient soumis au droit commun »¹. C'est ainsi que H. ANRYS positionne très justement le problème de la responsabilité civile médicale en 1974.

En effet, la responsabilité civile des médecins est une question particulière car une opération médicale est, par définition, une atteinte à l'intégrité physique². Et même si ladite atteinte est justifiée pour la santé du patient, cela n'implique pas que le médecin échappe à toute responsabilité. Il supporte une responsabilité pénale, ainsi qu'une responsabilité civile³.

Cette dernière responsabilité implique pour le médecin une obligation de moyens⁴, mais les progrès de la science et de la médecine ont rendu plus sévère l'appréciation de la faute médicale, multipliant les situations dans lesquelles le médecin sera tenu à une obligation de résultat⁵. Comme le souligne R.-O DALCQ, « on a poussé toujours plus loin les exigences que la vie sociale impose à chacun et un comportement que l'on aurait considéré exempt de toute faute il y a trente ou cinquante ans, sera retenu aujourd'hui comme une cause de responsabilité »⁶.

Ce mémoire étudiera donc la place, de plus en plus importante, que prend l'obligation de résultat dans la responsabilité civile médicale.

La première partie permettra de situer le problème en présentant un bref résumé de la particularité de la relation juridique qui se noue entre un médecin et son patient.

¹ H. ANRYS, *La responsabilité civile médicale*, Bruxelles, Larcier, 1974, p. 25.

² C. HENNAU-HUBLET, *L'activité médicale et le droit pénal*, Bruxelles, Bruylant, 1987, p. 17.

³ H. ANRYS, *La responsabilité civile médicale*, *op. cit.*, p. 31.

⁴ Cass. fr. (ch. civ.), 20 mai 1936, disponible sur [Cour de cassation, Chambre civile, 20 mai 1936 | Doctrine](#), consulté le 26 juillet 2022.

⁵ H. ANRYS, *La responsabilité civile médicale*, *op. cit.*, p. 27.

⁶ R.-O . DALCQ, « La responsabilité des professions libérales », *J.T.*, 1964, p. 102.

La seconde partie s'attardera sur la nature des obligations du médecin, exposant brièvement la différence conceptuelle entre obligation de moyens et obligation de résultat, et expliquant ensuite les concepts de faute médicale et d'aléa.

La troisième partie exposera les situations exceptionnelles pour lesquelles il est certain que le médecin est tenu à une obligation de résultat.

Enfin, la quatrième partie présentera plusieurs cas particuliers, encore discutés en doctrine et en jurisprudence afin de savoir s'ils doivent être qualifiés d'obligations de moyens, ou de résultat.

Partie I. La relation juridique entre le médecin et son patient

Introduction

Cette première partie commencera par exposer les principes juridiques régissant la relation entre un médecin et son patient. Le premier chapitre sera consacré au caractère contractuel de cette relation (Chapitre 1^{er}) et le second chapitre sera consacré aux caractéristiques du contrat médical (Chapitre 2).

Chapitre 1^{er}. Principe : la relation contractuelle

Section 1. Bref historique

Au dix-neuvième siècle, le médecin était responsable sur base de l'article 1382 du Code civil⁷. C'était donc un régime de responsabilité extracontractuelle. Mais déjà dans un arrêt de 1839, la jurisprudence française reconnaît une relation contractuelle entre le médecin et son patient, puisque c'est sur base de ce contrat que le médecin peut réclamer ses honoraires⁸.

Section 2. L'arrêt Mercier

C'est l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 qui pose alors le principe selon lequel la relation médecin – patient est une relation contractuelle. En effet, selon la Cour de cassation française : « il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat [...] dont la violation, même involontaire, est sanctionnée par une responsabilité contractuelle »⁹.

⁷ A. C. civ., art. 1382 ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 17.

⁸ Cass. fr., 21 août 1839, S., 1839, p. 663, note L. DEVILLENEUVE, cité par P. ABERKANE, *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*, Bruxelles, Larcier, 2013, p. 45, note de bas de page n°113.

⁹ Cass. fr. (ch. civ.), 20 mai 1936, disponible sur [Cour de cassation, Chambre civile, 20 mai 1936 | Doctrine](#), consulté le 26 juillet 2022.

Cette idée est ensuite reprise par la jurisprudence belge et notamment par le tribunal de première instance de Bruxelles, selon lequel « il existe entre le médecin et le patient un concours de volontés qui est générateur d'obligations pour les deux parties : le médecin s'engage à prodiguer ses meilleurs soins au malade et celui-ci à se soumettre au traitement prescrit et à payer les honoraires. De même que le médecin invoque ce contrat lorsqu'il réclame des honoraires au patient, celui-ci est en droit de l'invoquer lorsqu'il exige du médecin l'accomplissement de ses obligations »¹⁰. Cette idée a également été étendue à la relation hôpital – patient¹¹.

La Cour de cassation belge ne s'est jamais explicitement positionnée, mais on peut voir que la même idée apparaît implicitement dans un arrêt du 4 octobre 1973. Dans cette affaire, la demanderesse en appel soutient que l'absence de consentement par le malade est « en réalité un problème de responsabilité contractuelle » et la Cour de cassation ne semble pas la contredire¹². La doctrine soutient également que la relation médecin – patient est une relation contractuelle¹³.

Section 3. Les caractéristiques du contrat médical

Le contrat médical est consensuel¹⁴, synallagmatique (le médecin s'oblige à soigner, le patient s'oblige à payer) à titre onéreux (il profite aux deux parties)¹⁵, *intuitu personae* (l'identité du médecin est importante pour le patient)¹⁶ et successif¹⁷.

¹⁰ Civ. Bruxelles, 6 février 1946, *J.T.*, 1946, p. 304 ; Bruxelles, 12 février 1957, *Pas.* 1958, p. 1 ; voir aussi Mons, 4 novembre 1980, *R.G.A.R.*, 1982, n°10.467.

¹¹ Liège, 20 décembre 1995, *Rev. dr. santé*, 1996-1997, p. 271.

¹² Cass., 4 octobre 1973, *J.T.*, 1974, p. 297.

¹³ H. DE RODE, « Responsabilité médicale : questions incontournables », *Con. M.*, 2017, p. 177.

¹⁴ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 27 ; sauf transplantations d'organes (loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes, *M.B.*, 14 février 1987, p. 2129) et interruptions de grossesse (loi du 3 avril 1990 concernant l'interruption de grossesse, *M.B.*, 5 avril 1990, p. 6379).

¹⁵ A. C. civ., art. 1102 (C. civ., art. 5.6) ; R. VANDEPUTTE, *De overeenkomst : haar ontstaan, haar uitvoering en verdwijning, haar bewijs*, Bruxelles, Larcier, 1977, p. 16, traduction personnelle.

¹⁶ P. BAZIER, *L'intuitus personae dans les contrats*, Liège, Kluwer, 2020.

¹⁷ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 35 ; C. ASSER et L. RUTTEN, *Verbintenissenrecht 2 : algemene leer der overeenkomst*, Zwolle, Tjeenk Wilink, 1975, p. 51-52 ; voir aussi Mons, 6 décembre 2013, *J.L.M.B.*, 2014, p. 1726 ; Code de déontologie médicale, art. 113 et 114.

Chapitre 2. Exception : la relation extracontractuelle

Bien que la doctrine et la jurisprudence se soient ralliées au principe d'une relation contractuelle, il est encore accepté que la responsabilité extracontractuelle soit mise en œuvre « dans la mesure où une faute professionnelle médicale coïncide généralement avec les délits d'homicide involontaire ou de coups et blessures involontaires »¹⁸.

La responsabilité du médecin sera extracontractuelle dans les cas suivants : il y a absence de contrat ou faute hors contrat (comme c'est le cas pour des soins urgents ou des malades inconscients)¹⁹, le contrat est nul²⁰, la victime est un tiers²¹, le patient n'a pas pu choisir son médecin²².

Chapitre 3. Intérêt de la distinction et cumul des responsabilités

Ce mémoire ne s'attardera pas sur la distinction entre les deux régimes de responsabilité car celle-ci n'a pas énormément d'intérêt lorsqu'il s'agit d'étudier la responsabilité médicale²³.

Nous avons un principe de non-cumul des responsabilités contractuelle et délictuelle, qui impose à une partie ayant un contrat de fonder son action en responsabilité sur cette base contractuelle²⁴. Mais la Cour de cassation a dégagé plusieurs exceptions à ce principe, dont une intéressante en matière de responsabilité médicale : le cumul est toujours possible si la faute invoquée est susceptible de qualification pénale²⁵ et en matière médicale, c'est souvent le cas (*v. supra*).

¹⁸ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 125.

¹⁹ R.-O. DALCQ, *Traité de responsabilité civile*, Bruxelles, Larcier, 1928, p. 364, n°1011 ; H. DE RODE, « Responsabilité médicale : questions incontournables », *op. cit.*, p. 177.

²⁰ Lyon, 27 juin 1913, *D.*, 1914, p. 73 (une femme avait conclu un contrat avec un médecin l'autorisant à faire des expérimentations dangereuses. Le contrat a donc été annulé car illicite et contraire aux bonnes mœurs).

²¹ Cass., 4 novembre 1963, *Pas.*, 1964, p. 244.

²² Civ. Courtrai, 23 juin 1960, *R.W.*, 1961-1962, p. 1812.

²³ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, *op. cit.*, p. 340 ; H. DE RODE, « Responsabilité médicale : questions incontournables », *op. cit.*, p. 177.

²⁴ P. HENRY, « Le médecin face au droit » in *Médecine et droit*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2007, p. 29.

²⁵ Cass., 26 octobre 1990, *Pas.*, 1991, p. 216 ; voir aussi Cass., 7 décembre 1973, *Pas.*, 1974, p. 376.

Partie II. La nature des obligations du médecin

Introduction

Dans cette seconde partie, nous allons commencer par un bref rappel théorique sur les concepts d'obligation de moyens et d'obligation de résultat (Chapitre 1^{er}) et poursuivrons ensuite avec l'application de ces principes au domaine médical (Chapitre 2).

Chapitre 1^{er}. Principes généraux : obligation de moyens ou de résultat

Section 1. Distinction

§1^{er}. Historique et bases légales

La distinction entre obligation de moyens et obligation de résultat a été proposée par René DEMOGUE²⁶ en 1925, comme solution au problème de conciliation des articles 1137 et 1147 du Code civil²⁷, qui semblaient se contredire.

En effet, l'article 1137 impose simplement au débiteur « d'apporter tous les soins d'un bon père de famille »²⁸ au respect de son obligation, alors que l'article 1147, beaucoup plus rigoureux, condamne le débiteur en défaut d'exécution à la réparation, « encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part »²⁹.

J. KIRKPATRICK n'est cependant pas d'accord avec ce rattachement des obligations de moyens à l'article 1137, premièrement car les rédacteurs du Code civil n'avaient pas envisagé la distinction entre obligations de moyens et obligation de résultat et deuxièmement, car les obligations de conserver une chose sont des obligations de résultat puisque leur exécution n'est

²⁶ R. DEMOGUE, *Traité des obligations en général*, t. V, Paris, Rousseau, 1925, n°1237.

²⁷ A. C. civ., art. 1137 et 1147 (C. Civ., art. 5.72).

²⁸ A. C. civ., art. 1137, al. 1^{er} (C. Civ., art. 5.72, al. 1^{er}).

²⁹ A. C. civ., art. 1147 (C. Civ., art. 5.72, al. 2).

pas aléatoire. Selon lui, le fondement de l'obligation de moyens se trouve dans l'objet de l'obligation, qui dépend de la volonté commune des parties³⁰.

§2. Définitions

De ces deux articles, R. DEMOGUE a dégagé une *summa divisio*. En cas d'inexécution d'une obligation de résultat – aussi appelée « obligation déterminée »³¹ –, il suffira au créancier d'établir l'existence de l'obligation, et le fait que le résultat promis n'a pas été atteint³². Il ne faut donc pas prouver de faute de la part du débiteur, et ce dernier ne pourra se libérer de sa responsabilité que s'il parvient à prouver l'existence d'une cause d'exonération³³. Le débiteur a donc une obligation d'atteindre le résultat attendu.

En cas d'inexécution d'une obligation de moyens – aussi appelée « obligation générale de prudence et diligence »³⁴ –, le créancier devra prouver l'existence de l'obligation, l'inexécution de celle-ci, mais également la faute du débiteur qui ne s'est pas comporté comme une personne normalement prudente et diligente³⁵. Le débiteur ne promet pas un résultat³⁶, mais il a une double obligation : agir sans mauvaise foi, et agir sans mauvaise volonté. C'est le principe de *fide et diligentia*³⁷.

³⁰ J. KIRKPATRICK, « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens », *R.C.J.B.*, 2010, p. 516.

³¹ H. MAZEAUD, « Essai de classification des obligations », *R.T.D. civ.*, 1936, pp. 22 et s.

³² Cass., 10 décembre 1953, *Pas.*, 1954, p. 290 ; H. MAZEAUD, « Essai de classification des obligations », *op. cit.*, p. 25.

³³ H. DE PAGE, *Traité de droit civil belge. Tome II : Les obligations*, v. I, Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 51.

³⁴ H. MAZEAUD, « Essai de classification des obligations », *op.cit.*, pp. 22 et s.

³⁵ Cass., 26 février 1962, *Pas.*, 1962, p. 723 ; H. MAZEAUD, « Essai de classification des obligations », *op. cit.*, p. 25.

³⁶ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *T. Gez.*, 2012-2013, pp. 366, traduction personnelle.

³⁷ H. MAZEAUD, « Essai de classification des obligations », *op. cit.*, p. 26.

On a donc une différence d'étendue et d'objet des prestations assumées par le débiteur³⁸, et la situation du créancier est plus confortable quant à l'appréciation de l'inexécution lorsqu'il s'agit d'une obligation de résultat³⁹, puisqu'elle n'implique pas d'analyse du comportement du débiteur ; l'inexécution suffit à elle seule.

§3. Responsabilité contractuelle ou délictuelle

Lorsque la théorie des obligations de moyens et de résultat a pris de l'ampleur, elle avait été interprétée comme s'appliquant uniquement aux obligations contractuelles. En effet, pour promettre un maximum de moyens ou un résultat, il fallait d'abord que le débiteur ait voulu s'engager, ce qu'il pouvait faire par contrat⁴⁰.

En revanche, en matière délictuelle, le débiteur est « l'auteur d'un fait généralement réalisé contre sa volonté »⁴¹ donc il n'y a pas d'accord entre les parties⁴². Mais comme l'expose J. FROSSARD, « à toute responsabilité, il y a une obligation préexistante, et elle peut être de moyens ou de résultat »⁴³. L'article 1382 du Code civil⁴⁴ en est un bel exemple.

Cela nous permet donc de ne pas devoir nous questionner sur le caractère contractuel ou extracontractuel de l'obligation pour la suite de ce travail.

§4. Critère de la distinction

Afin de déterminer à quelle catégorie appartient l'obligation en litige, il faut analyser son contenu et pour ce faire, plusieurs critères peuvent être mobilisés par le juge.

³⁸ H. DE PAGE, *Traité de droit civil belge. Tome II : Les obligations*, op. cit., p. 50.

³⁹ H. DE PAGE, *Traité de droit civil belge. Tome II : Les obligations*, op. cit., p. 51.

⁴⁰ J. FROSSARD, *La distinction des obligations de moyens et des obligations de résultat*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1965, p. 34.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² S. STIJNS, D. VAN GERVEN et P. WERY, « Chronique de jurisprudence. Les obligations : les sources (1985-1995) », *J.T.*, 1996, Bruxelles, Larcier, p. 689.

⁴³ J. FROSSARD, *La distinction des obligations de moyens et des obligations de résultat*, op. cit., p. 36.

⁴⁴ A. C. civ., art. 1382.

Il arrive que la loi se prononce sur la qualification à attribuer à l'une ou l'autre obligation⁴⁵.

L'intention commune des parties s'impose comme critère d'appréciation pour le juge. En effet, en cas de responsabilité contractuelle, c'est vers elle que le juge se tournera – qu'elle soit déclarée ou présumée –, afin de savoir si le débiteur a voulu s'engager à mettre des moyens en œuvre, ou s'il a voulu garantir un résultat⁴⁶. Cependant, ce critère est limité par les difficultés liées à l'interprétation des conventions, puisque l'intention commune des parties ne ressort pas toujours clairement du contrat⁴⁷.

Si les deux premiers critères ne permettent pas au juge de déterminer la nature de l'obligation, il se tournera alors vers le caractère aléatoire du résultat souhaité⁴⁸ afin de savoir si le débiteur de l'obligation a pu raisonnablement vouloir s'imposer une telle obligation. Le juge se base alors sur « l'incertitude qui existait pour l'exécution de la convention et le fait que le risque était si grand que le débiteur aurait refusé de l'assumer »⁴⁹. L'exemple le plus souvent cité pour illustrer le critère de l'aléa, et celui qui nous intéresse tout particulièrement, est celui de la guérison d'un malade. Celle-ci étant aléatoire, « l'obligation assumée par le médecin est forcément de moyens »⁵⁰, imposant donc au médecin de se comporter en bon père de famille. Le comportement de la victime est également pris en compte dans ce critère⁵¹.

⁴⁵ X. THUNIS, « Théorie de la faute civile. Volume II : la faute comme acte contraire au droit » in *Responsabilités – Traité théorique et pratique*, Waterloo, Kluwer, 2006, p. 56.

⁴⁶ Cass., 3 mai 1984, *Pas.*, 1984, p. 1147, concl. E. KRINGS ; Cass., 18 mai 1990, *Pas.*, 1990, p. 1068.

⁴⁷ X. THUNIS, « Théorie de la faute civile. Volume II : la faute comme acte contraire au droit », *op. cit.*, p. 58.

⁴⁸ H. DE PAGE, *Traité de droit civil belge. Tome II : Les obligations*, *op. cit.*, p. 52.

⁴⁹ Cass., 3 mai 1984, *Pas.*, 1984, p. 1147, concl. E. KRINGS.

⁵⁰ H. DE PAGE, *Traité de droit civil belge. Tome II : Les obligations*, *op. cit.*, p. 52 ; H. MAZEAUD, « Essai de classification des obligations », *op. cit.*, p. 42.

⁵¹ B. DUBUISSON, « Questions choisies en droit de la responsabilité civile » in *La théorie générale des obligations*, Liège, CUP, 1998, p. 109.

§5. Intérêts de la distinction

L'intérêt de cette distinction est de savoir si, pour engager la responsabilité du débiteur en défaut d'exécution, il faut que celui-ci ait commis une faute ou non. Si nous sommes en présence d'une obligation de résultat, la simple absence du résultat attendu suffit pour engager la responsabilité du débiteur. On parle alors de responsabilité objective⁵².

Si par contre nous sommes en présence d'une obligation de moyens, il faudra analyser le comportement du débiteur pour savoir si oui ou non il s'est comporté en débiteur normalement prudent et diligent. On parle alors de responsabilité subjective⁵³.

Cette distinction a donc un intérêt pratique immédiat : faciliter le travail du juge⁵⁴ et alléger la charge de la preuve qui pèse sur le demandeur.

Section 2. Charge de la preuve

§1. Obligation de moyens

Lorsqu'une obligation de moyens est en litige, le créancier va devoir prouver non seulement l'existence de l'obligation et l'inexécution de celle-ci, mais également une faute dans le comportement du débiteur. Il faudra démontrer que celui-ci ne s'est pas comporté comme un débiteur normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances⁵⁵.

Afin d'échapper à sa responsabilité, le débiteur devra apporter la preuve qu'il a effectivement mis tous les moyens en œuvre pour atteindre ce résultat. Le juge a donc une marge d'appréciation importante dans l'analyse du comportement du débiteur⁵⁶.

⁵² J. FROSSARD, *La distinction des obligations de moyens et des obligations de résultat*, *op. cit.*, pp. 9 à 11.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ J. FROSSARD, *La distinction des obligations de moyens et des obligations de résultat*, *op. cit.*, p. 2.

⁵⁵ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, pp. 366-367, traduction personnelle ; B. DUBUISSON, « Questions choisies en droit de la responsabilité civile », *op. cit.*, p. 104.

⁵⁶ Cass., 7 février 1992, *Pas.*, 1992, p. 503.

§2. Obligation de résultat

Concernant la preuve de l'inexécution d'une obligation de résultat, il y a matière à discussion car l'article 1315 du Code civil permet deux interprétations : soit le débiteur doit prouver qu'il a atteint le résultat attendu, soit le créancier doit prouver l'existence de l'obligation et l'inexécution de celle-ci⁵⁷. En matière médicale, la Cour de cassation consacre la seconde interprétation dans deux arrêts du 16 décembre 2004⁵⁸ : le patient devra prouver l'existence de l'obligation et l'inexécution de celle-ci⁵⁹.

Le créancier est donc dans une position plus confortable que dans le cas d'une obligation de moyens, puisqu'il bénéficie d'une certaine sécurité contractuelle⁶⁰. Mais ce n'est pas un réel renversement de la charge de la preuve ; c'est seulement un allègement de celle-ci⁶¹.

La seule chose que le débiteur puisse faire pour échapper à cette responsabilité est de démontrer que l'inexécution vient d'une cause étrangère⁶² (force majeure, faute d'un tiers, faute du créancier lui-même⁶³). Ce principe ne fait cependant pas l'unanimité, certains auteurs considérant que la simple preuve de l'absence de faute peut parfois suffire pour échapper à une obligation de résultat⁶⁴. On parle alors d'une « obligation de résultat allégée »⁶⁵.

⁵⁷ J. KIRKPATRICK, « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens », *op. cit.*, p. 519-520.

⁵⁸ Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, pp. 298-299, note S. LIERMAN.

⁵⁹ S. STIJNS, D. VAN GERVEN et P. WERY, « Chronique de jurisprudence. Les obligations : les sources (1985-1995) », *op. cit.*, p. 723.

⁶⁰ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, pp. 366-367, traduction personnelle.

⁶¹ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, p. 367, traduction personnelle.

⁶² X. THUNIS, « Théorie de la faute civile. Volume II : la faute comme acte contraire au droit », *op. cit.*, p. 48.

⁶³ X. THUNIS, « Théorie de la faute civile. Volume II : la faute comme acte contraire au droit », *op. cit.*, p. 49 ; la charge de cette preuve est atténuée dans certains cas (B. DUBUISSON, « Questions choisies en droit de la responsabilité contractuelle », *op. cit.*, p. 104 ; X. THUNIS, « Théorie de la faute civile. Volume II : la faute comme acte contraire au droit », *op. cit.*, p. 51).

⁶⁴ B. DUBUISSON, « Questions choisies en droit de la responsabilité civile », *op. cit.*, p. 104.

⁶⁵ X. THUNIS, « Théorie de la faute civile. Volume II : la faute comme acte contraire au droit », *op. cit.*, p. 51.

Chapitre 2. L'obligation de moyens du médecin

Introduction

Selon l'arrêt de principe de la Cour de cassation française du 20 mai 1936, le contrat entre le médecin et son patient « comporte pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science »⁶⁶. Le médecin a donc une obligation de moyens.

Ce principe s'explique par le caractère aléatoire de la majorité des traitements médicaux, chaque corps humain fonctionnant et réagissant différemment aux mêmes soins⁶⁷.

L'objet du contrat porte sur des conseils et un traitement⁶⁸, mais le médecin ne peut que rarement, voire jamais, promettre une guérison.

Section 1. La faute médicale – le standard du médecin normalement prudent et diligent

Pour que la responsabilité du médecin soit engagée, il faut donc que celui-ci ait commis une faute. Mais toute erreur de diagnostic ou de traitement ne constitue pas une faute. En effet, « le médecin ne répond des suites fâcheuses de ses soins que si, eu égard à l'état de la science et aux règles consacrées de la pratique médicale, l'imprudence, l'inattention ou la négligence qui lui sont imputées révèlent une méconnaissance certaine de ses devoirs »⁶⁹. La faute alléguée va donc être appréciée sur base du critère de la *culpa levis in abstracto*⁷⁰ ; on va comparer l'attitude qu'a eue le médecin à celle qu'aurait eue un médecin normalement prudent et diligent

⁶⁶ Cass. fr. (ch. civ.), 20 mai 1936, disponible sur [Cour de cassation, Chambre civile, 20 mai 1936 | Doctrine](#), consulté le 26 juillet 2022 ; voir aussi Civ. Anvers, 18 mai 1962, *R.G.A.R.*, 1962, p. 7078.

⁶⁷ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, op. cit., p. 69.

⁶⁸ H. ANRYS, *La responsabilité civile médicale*, op. cit., p. 122.

⁶⁹ Corr. Liège, 2 mars 1965, *J.T.*, 1965, p. 624.

⁷⁰ T. VANSWEEVELT, « La responsabilité contractuelle et extracontractuelle du médecin et de l'hôpital pour leur fait propre » in *La responsabilité des professionnels de la santé*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2015, p. 50, n°77.

de la même spécialité, placé dans les mêmes circonstances de temps et de lieu⁷¹. Pour ce faire, plusieurs critères seront pris en compte.

Le juge va tenir compte de la compétence et de l'expérience du médecin dont on doit déterminer la responsabilité. Il va sans dire qu'un médecin généraliste ne doit pas faire preuve de la même précision qu'un médecin spécialiste⁷², mais on attendrait alors de ce médecin généraliste qu'il reconnaisse les limites de ses propres connaissances, et qu'il fasse appel à un confrère⁷³. L'expérience est là pour compléter la compétence, en ce sens qu'un médecin qui effectue le même geste médical tous les jours est censé avoir une certaine compétence en la matière⁷⁴. La réputation et les références sont, quant à elles, sans pertinence⁷⁵.

Ensuite, les moyens que doit mettre en œuvre le médecin afin de viser la guérison sont ceux des données actuelles et acquises de la science. Le juge va donc vérifier que le médecin a bien appliqué les données « mises à sa disposition par la science médicale actuelle »⁷⁶ et qui sont « conformes aux données acquises de la science »⁷⁷. Les données actuelles sont « les connaissances scientifiques dans leur état le plus avancé au moment où l'acte a été accompli »⁷⁸.

⁷¹ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite » in *Etats généraux du droit médical et du dommage corporel*, Liège, Anthémis, 2018, p. 151.

⁷² G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 445.

⁷³ Code de déontologie médicale 2019, art. 32.1, §1^{er} et art. 8.1, §5 ; G. MÉMETEAU, *Traité de la responsabilité civile médicale*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 1996, p. 75 ; Bruxelles, 1^{er} juin 2010, *R.G.A.R.*, 2011, n°14.735 ; Liège, 31 mars 2011, *J.L.M.B.*, 2012, p. 1082, note G. GENICOT ; Mons, 10 avril 2008, *Bull. ass.*, 2008, p. 430.

⁷⁴ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 152.

⁷⁵ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, Anthémis, p. 151.

⁷⁶ T. VANSWEEVELT, « La responsabilité contractuelle et extracontractuelle du médecin et de l'hôpital pour leur fait propre », *op. cit.*, p. 24, n°19 ; Civ. Anvers, 18 mai 1962, *R.G.A.R.*, 1963, p. 7078 ; Corr. Liège, 2 mars 1965, *J.T.*, 1965, p. 624 ; Bruxelles, 21 juin 1967, *J.T.*, 1968, p. 27.

⁷⁷ Cass. fr. (ch. civ.), 20 mai 1936, disponible sur [Cour de cassation, Chambre civile, 20 mai 1936 | Doctrine](#), consulté le 26 juillet 2022 ; G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 324 ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 101-102 ; I. LUTTE, « Littérature scientifique et aléa médical : quel lien ? » in *Nouveaux dialogues en droit médical*, Liège, Anthémis, 2012, p. 65 ; Liège, 23 décembre 1997, *R.G.A.R.*, 1999, n°13.168.

⁷⁸ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 153 ; M. HARICHAUX, « L'obligation du médecin de respecter les données de la science », *Semaine juridique*, 1987, n°3306, n° 14 ; Code de déontologie médicale, art. 4, §2.

Bien qu'il ne s'agisse pas de normes juridiques, ce sont des normes scientifiques reconnues servant à guider le médecin⁷⁹. Les données acquises sont celles qui ont dépassé le stade de l'expérimentation⁸⁰. Elles doivent être « pertinentes et suffisamment étayées »⁸¹, et partagées par les pairs⁸² ; on ne pourra pas reprocher à un médecin de ne pas appliquer un point scientifique controversé⁸³, ou qui n'a pas encore fait ses preuves⁸⁴.

De plus, bien que le médecin dispose de la liberté de choix des moyens à mettre en œuvre pour l'exercice de sa profession⁸⁵, on attend de lui qu'il exerce cette liberté selon un principe de proportionnalité entre les bénéfices attendus et les risques encourus par son patient⁸⁶. Si la balance d'intérêts révèle que les risques encourus sont supérieurs au bénéfice escompté, le médecin doit s'abstenir d'intervenir⁸⁷.

Enfin, le juge prendra en compte l'application par le médecin de la déontologie et des usages de la profession. La déontologie est « l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession »⁸⁸. Bien qu'elle ne soit pas juridiquement obligatoire, on attend du médecin qu'il s'y conforme, et le juge, comme le patient, pourraient s'y référer⁸⁹.

⁷⁹ M. HARICHAUX, « L'obligation du médecin de respecter les données de la science », *op. cit.*, n° 12.

⁸⁰ Civ. Bruxelles, 21 mars 2006, *Rev. dr. santé*, 2009, p. 138 à propos d'un médecin ayant traité un patient à l'aide d'une technique expérimentale non validée par des publications scientifiques ; Civ. Bruxelles, 1^{er} octobre 1998, *R.G.*, n°9483/90.

⁸¹ I. LUTTE, « Littérature scientifique et aléa médical : quel lien ? », *op. cit.*, p. 78 ; Cass. fr (1^{ère} ch.), 12 novembre 1985, *Bull. civ.*, n°198, p. 264.

⁸² B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 153.

⁸³ Corr. Liège, 2 mars 1965, *J.T.*, 1965, p. 624.

⁸⁴ Bruxelles, 21 juin 1967, *J.T.*, 1968, p. 27.

⁸⁵ Code de déontologie médicale, art. 7.1, §4 ; Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions liées aux soins de santé, art. 31, al. 1^{er}, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.

⁸⁶ G. MÉMETEAU, *Traité de la responsabilité civile médicale*, *op. cit.*, p. 85 ; Civ. Louvain, 10 février 1998, *R.G.D.C.*, 1998, p. 163 ; Bruxelles, 7 novembre 2008, *R.G.A.R.*, 2009, n°14.504 ; Bruxelles, 28 février 2012, *R.G.A.R.*, 2012, n°14.925 ; Civ., Bruxelles, 17 octobre 2011, *J.L.M.B.*, 2012, p. 1101 ; Civ. Bruxelles, 21 novembre 2011, *J.L.M.B.*, 2013, p. 797 ; Anvers, 27 novembre 2006, *Rev. dr. santé*, 2008-2009, p. 132.

⁸⁷ Corr. Marche-en-Famenne, 10 juillet 1997, *J.L.M.B.*, 1997, p. 1173.

⁸⁸ [Définitions : déontologie - Dictionnaire de français Larousse](#), consulté le 20 juillet 2022.

⁸⁹ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 159.

Section 2. La notion d'aléa thérapeutique

Bien que la médecine ait réalisé d'énormes progrès ces dernières années, elle comporte toujours des incertitudes. Comme le souligne T. VANSWEEVELT, « la médecine est une science complexe dont l'application amène souvent des résultats aléatoires. La majorité des actes médicaux implique *inévitablement* un risque médical »⁹⁰.

Ces incertitudes concernent plusieurs stades du traitement médical (efficacité du traitement⁹¹, geste médical lui-même⁹², conséquences post-traitement⁹³). L'état antérieur du patient peut également influencer les effets d'un traitement, d'autant plus lorsqu'il n'est pas entièrement connu du médecin⁹⁴.

Dans le langage courant, l'aléa est défini comme étant le « tour imprévisible (et le plus souvent défavorable) pris par les événements et lié à une activité »⁹⁵. En tenant compte de cela, la jurisprudence a défini l'aléa médical comme étant « la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé »⁹⁶.

La législation s'y est également intéressée en le définissant comme « l'accident médical sans responsabilité »⁹⁷. On ne vise bien que la « réalisation d'un hasard malheureux, *impossible à dominer* »⁹⁸.

C'est cette impossibilité de certitude qui est la principale justification du principe selon lequel le médecin ne peut être tenu qu'à une obligation de moyens, et non à une obligation de résultat.

⁹⁰ T. VANSWEEVELT, « La responsabilité contractuelle et extracontractuelle du médecin et de l'hôpital pour leur fait propre », *op. cit.*, p. 45, n°63.

⁹¹ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 144.

⁹² *Ibidem*.

⁹³ *Ibidem*.

⁹⁴ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 144-145.

⁹⁵ [Définitions : aléa - Dictionnaire de français Larousse](#), consulté le 21 juillet 2022.

⁹⁶ Cass. fr., 8 novembre 2000, *J.C.P.*, 2001, n°10.493, p. 603, n°8.

⁹⁷ I. LUTTE, « Littérature scientifique et aléa médical : quel lien ? », *op. cit.*, p. 81 ; Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, art. 2, 7°, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

⁹⁸ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 523.

Partie III. Quand le médecin doit atteindre un résultat

Introduction

Nous savons désormais que le principe général est que le médecin n'est tenu qu'à une obligation de moyens, pourrait-on imaginer qu'on attende de lui un résultat ? Pour certains auteurs, « il est *évidemment* impossible d'admettre à charge du médecin une obligation contractuelle de résultat »⁹⁹. Pour d'autres, admettre que les médecins aient des obligations de résultat est un danger, notamment dans les cas où ils ne parviendraient pas à démontrer une cause étrangère libératoire¹⁰⁰.

Pour R. DEMOGUE par contre, père de la distinction entre obligations de résultat et de moyens, « quand le médecin est tenu par les règles établies de la science de faire une chose, il est tenu quant à cette chose d'un résultat et il doit dégager sa responsabilité s'il ne le fait pas »¹⁰¹.

De plus, selon T. VANSWEEVELT, le danger n'est pas aussi grand qu'il n'y paraît, d'autant plus que les médecins pourront encore écarter leur responsabilité. Selon lui, ce n'est « essentiellement qu'un allègement de la charge de la preuve pour le patient »¹⁰².

⁹⁹ J. VAN RYN, *Responsabilité aquilienne et contrats en droit positif*, Paris, Sirey, 1932, p. 219, note de bas de page n°1.

¹⁰⁰ W. MARLIN, « Le danger : la 'glissade' vers l'obligation de résultat » in *Deuxième Congrès International de Morale Médicale*, Paris, 1966, p. 305-307, cité par T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 70, note de bas de page n°52.

¹⁰¹ R. DEMOGUE, obs. sous Cass. fr., 20 mai 1936, *R.T.D. civ.*, 1936, p. 692, n°20.

¹⁰² T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 70.

Une explication à cette réticence se trouve dans la perception que l'on a de l'acte médical. Si on le considère comme un ensemble, il est évident que le médecin ne contracte qu'une obligation de moyens¹⁰³.

Mais si l'on « dissèque le traitement médical en plusieurs interventions »¹⁰⁴ on voit que pour certaines obligations prises isolément, la doctrine et la jurisprudence sont d'accord pour dire qu'il est légitime de la part du patient d'attendre un résultat¹⁰⁵ de la part de son médecin.

On peut distinguer trois situations dans lesquelles le médecin sera tenu à une obligation de résultat. Premièrement, et de manière assez évidente, le médecin est tenu à une obligation de résultat lorsque l'obligation (ou l'interdiction) découle directement de la loi (chapitre 1). Deuxièmement, et encore une fois, assez logiquement, le médecin est tenu à une obligation de résultat lorsque la volonté expresse du patient a été exprimée (chapitre 2). Enfin, le médecin sera tenu à une obligation de résultat lorsque son obligation est dépourvue d'aléa (chapitre 3)¹⁰⁶. Voilà les trois cas¹⁰⁷ que nous examinerons dans cette troisième partie.

Pour rappel, le fait qu'une obligation soit qualifiée d'obligation de résultat ne condamne pas tout à fait automatiquement le médecin qui n'atteindrait pas ledit résultat : il lui reste encore l'échappatoire de la cause étrangère libératoire. De plus, il faut encore que le patient prouve son dommage, et que ledit dommage ait effectivement été causé par l'acte médical¹⁰⁸.

¹⁰³ R. HEYLEN, « De aansprakelijkheid in de Recovery, organiseerbaarheid versus veiligheid : schudt de « ontwaakrechtspraak » de anesthesisten wakker ? », *T. Gez.*, 1986, p. 295, n°5, traduction personnelle ; H. NYS, *La médecine et le droit*, Diegem, Kluwer, 1995, p. 141, n°345.

¹⁰⁴ Y.-H. LELEU, *Droit médical*, Bruxelles, Larcier, 2005, p. 96.

¹⁰⁵ Principe général du « respect dû aux anticipations légitimes d'autrui » défendu par X. DIEUX, *Le respect dû aux anticipations légitimes d'autrui : essai sur la genèse d'un principe général de droit*, Bruxelles, Bruylant, 1995, p. 41, n°12.

¹⁰⁶ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, pp. 367-368, traduction personnelle.

¹⁰⁷ Liège, 11 octobre 2007, *J.L.M.B.*, 2010, p. 734, note Q. VAN ENIS, « Obligation de moyens ou de résultat en matière médicale : quand le juge doit sonder les cœurs et les reins des parties... », *R.R.D.*, 2008, pp. 40-41 ; S. PANIS, « De resultaatsverbintenis van de arts bij sterilisatie : de impliciete wil van de partijen », *T. Gez.*, 2011-2012, pp. 234-235.

¹⁰⁸ Mons, 29 juin 1998, *J.L.M.B.*, 1999, p. 307.

Chapitre 1^{er}. Les obligations de résultat découlant de la loi

Nous sommes dans le cas le plus évident. Une règle légale va imposer au médecin le comportement précis à adopter et le médecin sera en faute dès qu'il s'en écarte¹⁰⁹. La faute sera donc constatée dès qu'il y a « méconnaissance des règles légales imposant de s'abstenir ou d'agir de manière déterminée, de sorte que la responsabilité est engagée si cette faute cause un dommage »¹¹⁰.

Section 1. Volet pénal

En matière médicale, on retrouve plusieurs exemples, notamment dans le Code pénal. L'article 458 impose le respect du secret professionnel¹¹¹, de telle sorte que sa violation constitue immédiatement une faute, sauf si elle est justifiée par une exception établie par la loi¹¹² ou par un état de nécessité¹¹³.

Du même code, on peut également citer l'article 321, qui interdit au médecin d'administrer des substances nocives à ses patients¹¹⁴ ; ainsi que l'article 422*bis* qui oblige le médecin à porter assistance à un patient en danger¹¹⁵ ; ou encore l'article 204 qui interdit au médecin de certifier faussement des maladies ou infirmités dans le but d'échapper à un service dû légalement¹¹⁶.

¹⁰⁹ S. STIJNS, D. VAN GERVEN et P. WERY, « Chronique de jurisprudence. Les obligations : les sources (1985-1995) », *op. cit.*, p. 723.

¹¹⁰ Cass., 13 mai 1982, *Pas.*, 1981, p. 1134.

¹¹¹ C. pén., art. 458.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ Cass., 13 mai 1987, *Pas.*, 1987, p. 1203.

¹¹⁴ C. pén., art. 321 ; Corr. Bruges, 20 septembre 1991, *T. Gez.*, 1993-1994, p. 375-376, traduction personnelle.

¹¹⁵ C. pén., art. 422*bis* ; Cass., 23 janvier 1991, *Pas.*, 1991, p. 493, concl. M. DU JARDIN.

¹¹⁶ C. pén., art. 204.

Dans le volet pénal, on peut encore citer l'article 3 de la loi sur la drogue, qui interdit au médecin d'administrer ou de prescrire de manière abusive des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes¹¹⁷.

Section 2. Volet civil

§1^{er}. Considérations générales

A côté des obligations pénales, on retrouve également des obligations civiles. Il y en a notamment dans des lois spéciales telles que la loi du 22 août 2002¹¹⁸, en vertu de laquelle le médecin doit recueillir le consentement du patient pour toute intervention¹¹⁹, ou encore consulter la personne de confiance choisie par le patient¹²⁰.

§2. L'obligation d'information

En vertu de l'article 7 de la loi du 22 août 2002, le médecin a une obligation d'information envers son patient. Il y a eu des débats pour savoir si cette obligation était de moyens ou de résultat, certains jugements considèrent que c'est une obligation de moyens¹²¹, d'autres considèrent que c'est une obligation de résultat¹²².

¹¹⁷ Loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectants ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, art. 3, §3, *M.B.*, 6 mars 1921, p. 1834.

¹¹⁸ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719 ; Liège, 27 septembre 2006, *R.G.A.R.*, 2009, n°14.479.

¹¹⁹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 8, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

¹²⁰ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, art. 7, §3, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

¹²¹ Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, pp. 298-299, note S. LIERMAN ; Gand (1^{ère} ch.), 27 septembre 2007, *Rev. dr. santé*, 2008-2009, p. 404, note T.V. ; Cass., 26 juin 2009, *R.G.D.C.*, 2012, p. 309, note R. D'HAESE.

¹²² Civ. Bruxelles, (77^e ch.), 5 avril 2016, *R.G.D.C.*, 2017, p. 424 (considère que l'obligation du médecin de *communiquer* l'information est une obligation de résultat, mais que *connaître* l'information est une obligation de moyens) ; J. KIRKPATRICK, « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens », *op. cit.*, p. 527 ; B. DUBUISSON, « Questions choisies en droit de la responsabilité civile », *op. cit.*, p. 120-121.

La charge de la preuve a fait débat en cette matière. Après les deux arrêts du 16 décembre 2004 (v. supra)¹²³, pourtant suivis par une partie conséquente de la doctrine¹²⁴, dans un arrêt du 25 juin 2015, la Cour de cassation semble revenir sur cette jurisprudence. Elle y confirme le raisonnement du juge d'appel selon lequel le médecin doit apporter la preuve du respect de son obligation d'information¹²⁵. F. GLANSDORFF rappelle que, puisqu'il « est d'usage de ne pas se préconstituer un écrit », la preuve peut être rapportée par témoignages et présomptions¹²⁶. Le tribunal de première instance de Bruxelles en arrive à la même conclusion dans l'arrêt de 2016 précité¹²⁷.

Mais, toujours dans l'arrêt de 2016, le tribunal rappelle que : « Si le médecin affirme avoir donné une information suffisante et adéquate et que cette affirmation n'est pas dénuée de tout élément de nature à lui donner crédit, c'est au patient qu'il incombe de démontrer l'absence d'information suffisante et adéquate » et ce car on est en matière pénale. Il y a donc un « renversement » de la charge de la preuve.

Donc, bien que depuis cet arrêt ce soit au médecin de prouver qu'il a donné suffisamment d'information, il bénéficie d'une présomption de preuve, ce qui allège sa charge probatoire. Le médecin devrait donc arriver sans trop de problèmes à démontrer qu'il a rempli son obligation d'information, auquel cas la charge probatoire reviendra au patient.

La qualification de l'obligation d'information importe donc peu, puisque la qualification en obligation de résultat n'avantagera pas le patient ; si c'est une obligation de moyens, il devra démontrer la négligence du médecin de ne pas l'avoir suffisamment informé de telles conséquences, ou de tels risques ; si c'est une obligation de résultat, il devra aussi démontrer ne

¹²³ Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, pp. 298-299, note S. LIERMAN ; voir aussi Cass. (1^{ère} ch.), 14 décembre 2001, *J.T.*, 2002, p. 261, note C. TROUET.

¹²⁴ H. DE RODE, « Responsabilité médicale : questions incontournables », *op. cit.*, p. 181.

¹²⁵ Cass., 25 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.219, note F. GLANSDORFF, traduction personnelle.

¹²⁶ F. GLANSDORFF, note sous Cass., 25 Cass., 25 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.219.

¹²⁷ Civ. Bruxelles (77^e ch.), 5 avril 2016, *R.G.D.C.*, 2017, p. 424.

pas avoir reçu suffisamment d'informations¹²⁸. Dans les deux cas, le patient devra prouver un fait négatif¹²⁹.

De plus, puisque le patient doit toujours démontrer son dommage, il devra également prouver que s'il avait eu cette information, il n'aurait pas accepté l'intervention (ce qui semble compliqué aussi). Dans ce cas, certains auteurs considèrent que le patient devrait pouvoir être indemnisé de la perte de chance d'éviter un dommage¹³⁰.

Que cette obligation soit une obligation de moyens ou de résultat, il convient de rappeler que, le contrat médical ne requérant pas d'écrit, les informations seront échangées oralement, rendant la preuve de ces dires (ou de l'absence de ceux-ci) difficile à rapporter.

Chapitre 2. Les obligations de résultat découlant de la volonté expresse des parties

En vertu de l'article 1134 du Code civil, la volonté des parties, lorsque celle-ci peut être dégagée, peut permettre au juge d'interpréter un contrat¹³¹. Ce principe général de l'autonomie de la volonté s'applique également en matière médicale. Si un médecin et son patient se sont mis d'accord sur un traitement, une opération, ou la finalité du traitement, il est évident que le médecin ne peut s'en écarter.

Il est rare qu'un médecin promette un résultat¹³² – ils sont d'ailleurs plutôt prudents avec ce genre d'engagements – mais l'obligation de résultat pourrait éventuellement porter sur les moyens à utiliser, ou sur l'issue du traitement¹³³.

¹²⁸ J. KIRKPATRICK, « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens », *op. cit.*, p. 524.

¹²⁹ J. KIRKPATRICK, « L'article 1315 du Code civil et la preuve des faits négatifs », *R.C.J.B.*, 1959, p. 46.

¹³⁰ Q. VAN ENIS, « Obligation de moyens ou de résultat en matière médicale : quand le juge doit sonder les cœurs et les reins de parties... », *op. cit.*, p. 42.

¹³¹ Code civil, art. 1134.

¹³² G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 416 ; T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 75.

¹³³ Civ. Courtrai, 4 décembre 1998, *T. Verz.*, 2007, p. 107, traduction personnelle.

De plus, en vertu de l'article 2241 du Code civil¹³⁴, les parties sont libres de déterminer le caractère des obligations qu'elles contractent et pourraient donc d'emblée, qualifier telle obligation d'obligation de résultat.

Section 1. Les obligations de résultat concernant les moyens à utiliser

Le médecin et son patient peuvent se mettre expressément d'accord sur la méthode à utiliser (ou à ne pas utiliser). Dans une affaire portée devant la Cour d'appel de Bruxelles par exemple, le médecin manque à son obligation de résultat en anesthésiant son patient à l'aide d'une rachianesthésie, alors qu'il était expressément convenu d'utiliser exclusivement du chloroforme¹³⁵.

Le Conseil d'état français est arrivé à la même conclusion dans une affaire où le médecin avait effectué une hystéropexie pour interrompre une grossesse, alors qu'il en avait reçu l'interdiction expresse de la patiente¹³⁶. Dans une seconde affaire, le Conseil d'Etat français a également déclaré que le médecin qui ne tient pas sa promesse d'ajuster le traitement anti-coagulant avant une opération¹³⁷ viole également son obligation de résultat d'employer les moyens prévus expressément par les parties.

Section 2. Les obligations de résultat concernant l'issue du traitement

Bien que les médecins soient relativement prudents, il arrive parfois qu'ils fassent des promesses verbales à leurs patients sur la guérison ou les conséquences d'un traitement ou d'une opération¹³⁸.

Dans de tels cas, on estime que le médecin doit exécuter sa promesse car il s'est alors engagé à une obligation de résultat.

¹³⁴ A. C. civ., art. 2241.

¹³⁵ Bruxelles, 6 janvier 1951, *R.W.*, 1950-1951, p. 944 ; une rachianesthésie est une technique d'endormissement consistant en l'injection de substances anesthésiques dans la colonne vertébrale.

¹³⁶ C.E. fr., 27 janvier 1982, *D.*, 1982, p. 275, note J. PENNEAU ; une hystéropexie est une intervention chirurgicale destinée à la fixation de l'utérus à l'abdomen au moyen de sutures et de renforcements des ligaments.

¹³⁷ C.E. fr., 17 janvier 1988, *D.*, 1988, p. 70.

¹³⁸ T. VANSWEEVELT, La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital, *op. cit.*, p. 76.

Dans une affaire datant de 2010, la Cour de cassation a considéré qu'un médecin qui avait affirmé n'avoir « jamais personnellement éprouvé ni eu connaissance d'échecs » concernant une opération de stérilisation, s'engageait par ces mots à un résultat¹³⁹.

Le problème sera d'évaluer l'intensité de la promesse. Afin de savoir si le médecin s'était ou non engagé à une obligation de résultat, le juge va devoir analyser scrupuleusement la situation qui se présente à lui, que ce soit au niveau des mots employés, des moyens utilisés (par exemple, des photos de ce à quoi le patient ressemblera post-opération) et des circonstances dans lesquelles ils ont été utilisés. Il faut pouvoir faire la différence entre les promesses qui engagent à un résultat, et les paroles servant à rassurer le patient avant une opération¹⁴⁰.

Le critère de distinction entre la promesse et le remontrant sera alors celui du patient prudent et raisonnable placé dans les mêmes circonstances. On se demandera si le patient standard pouvait effectivement compter sur le résultat avancé par le médecin¹⁴¹.

Le tribunal de première instance de Courtrai expose que « ces promesses doivent être claires et convaincantes d'après les circonstances concrètes de l'affaire »¹⁴².

La charge probatoire, qui pèse sur le patient, est alors lourde et plutôt injuste. D'une certaine manière, on pourrait comparer le rapport de forces médecin – patient au rapport de forces entreprise – consommateur. Or, on voit que les consommateurs sont toujours considérés comme partie faible au contrat, et dès lors largement protégés contre tout abus de l'entreprise, qui elle, étant professionnelle, se voit imposer énormément d'obligations car on considère que « savoir, c'est son travail ». Dans le domaine médical, il paraîtrait logique d'appliquer le même raisonnement car qu'un patient se dise que son médecin est probablement mieux informé que lui, ne paraît pas être de l'imprudence ou de la négligence.

De plus, le patient est généralement le seul présent lorsque de telles promesses sont formulées¹⁴³.

¹³⁹ Cass. (1^{ère} ch.), 15 janvier 2010, *Arr. Cass.*, 2010, p. 186 ; *R.C.J.B.*, 2010, p. 507, note J. KIRKPATRICK; *J.L.M.B.*, 2010, p. 728, note G. GENICOT.

¹⁴⁰ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 77.

¹⁴¹ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 417.

¹⁴² Civ. Courtrai, 4 décembre 1998, *T. Verz.*, 2007, p. 108, traduction personnelle.

¹⁴³ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 77.

Chapitre 3. Les obligations de résultat découlant de l'absence d'aléa du résultat

Dans le domaine médical, plusieurs choses sont déjà considérées par la doctrine et la jurisprudence comme étant sans aléa. On relie cette troisième situation à la volonté implicite des parties¹⁴⁴ ; il paraît évident pour les parties que le résultat sera atteint avec certitude.

Dans une affaire portée devant la Cour de cassation, le juge a déclaré qu'un médecin pouvait s'engager à une obligation de résultat, « notamment lorsque la volonté implicite des parties d'atteindre un résultat peut se déduire de la presque absence de caractère aléatoire du résultat de l'obligation »¹⁴⁵.

On retrouve des cas dans lesquels il y a une presque absence d'aléa : les obligations accessoires (section 1), les opérations médicales simples (section 2). Ces situations sont très généralement considérées comme des obligations de résultat, mais elles sont tout de même analysées au cas par cas (*in concreto*).

On retrouve également des cas qui ne présentent *aucun* caractère aléatoire (section 3) et qui, eux, sont automatiquement considérés comme des obligations de résultat.

Section 1. Les accessoires à l'activité médicale

Lorsqu'un patient est hospitalisé, il conclut un contrat d'hospitalisation en vertu duquel l'hôpital doit assurer son hébergement et ses soins, et en fonction de l'étendue de ce contrat principal, il se peut que d'autres obligations s'y greffent, telle que l'obligation de sécurité du malade¹⁴⁶. Cette obligation est en principe de moyens, mais il est des cas où on considère qu'elle est de résultat¹⁴⁷.

¹⁴⁴ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, op. cit., p. 78.

¹⁴⁵ Cass., 15 janvier 2010, Arr. Cass., 2010, p. 186 ; R.C.J.B., 2010, p. 507, note J. KIRKPATRICK ; J.L.M.B., 2010, p. 728, note G. GENICOT.

¹⁴⁶ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, op. cit., p. 427.

¹⁴⁷ Y.-H. Leleu, *Droit médical*, op. cit., p. 159 ; S. HOCQUET-BERG, « Les médecins sont tenus d'une obligation de sécurité – résultat. Commentaire du jugement du tribunal de grande instance de Metz du 12 août 1998 », *Gaz. Pal.*, 7-8 mai 1999, doctrine, p. 20.

§1^{er}. Le matériel médical

C'est le cas qui fait le moins débat, mais il importe tout de même de distinguer plusieurs cas de défaut dans le matériel médical.

1. Le défaut de fabrication

Si le matériel médical utilisé a un défaut de *fabrication*, on ne peut pas attendre du médecin que celui-ci s'en aperçoive car il n'a pas les compétences requises pour ce faire¹⁴⁸. Dans un tel cas, le patient pourra alors se retourner contre le producteur du matériel en question, sur base de la responsabilité du fait des produits défectueux¹⁴⁹.

Pourtant, dans une affaire française, la Cour de cassation a tenu un autre raisonnement : « le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins »¹⁵⁰.

Dans l'affaire en question, une patiente était tombée de la table de radiographie. Le médecin ne s'est pas vu imputé de faute car la patiente n'est pas parvenue à démontrer que les matériels utilisés étaient bien à l'origine de son dommage, mais si le lien causal avait effectivement été établi, le médecin aurait été considéré responsable, alors même qu'il n'avait pas commis de faute dans l'utilisation du matériel, et que le matériel n'avait pas été fourni par lui.

S. CHANNOUI n'est pas d'accord avec ce raisonnement. Selon lui, le fondement de cette théorie sur l'article 1135 du Code civil et les dispositions de la loi du 22 août 2002 n'est pas suffisant pour qualifier cette obligation d'obligation de résultat¹⁵¹.

¹⁴⁸ D. VERHOEVEN, « Schade door implantaat: contractuele aansprakelijkheidsregeling nog te onduidelijk », *Juristenkrant*, 2016, p. 4, traduction personnelle.

¹⁴⁹ Loi du 25 février 1991 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, *M.B.*, 16 juin 2011, p. 35804 ; C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, p. 375, traduction personnelle.

¹⁵⁰ Cass. fr., 9 novembre 1999, disponible sur [Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 9 novembre 1999, 98-1010. Publié au bulletin – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/cass/fr/1999/11/09/98-1010), consulté le 4 août 2022.

¹⁵¹ S. CHANNOUI, « Matériels et dispositifs médicaux : ni plus ni moins qu'une obligation de moyens », *Bull. ass.*, 2021, p. 292.

Il justifie son raisonnement sur base de l'arrêt de la Cour de cassation française du 12 juillet 2012, dans lequel elle exige, pour retenir sa responsabilité, la démonstration d'une faute dans le chef du médecin¹⁵², ainsi que sur base de l'arrêt de la Cour d'appel d'Anvers du 19 mars 2012¹⁵³.

La Cour d'appel de Liège nous permet par contre de préciser que le patient est en droit de s'attendre à ce que le matériel soit « parfaitement désinfecté et ne soit pas source de contamination ou d'infection », et que cela fait partie d'une obligation de sécurité de résultat¹⁵⁴.

2. Le matériel fourni par le médecin

Si le matériel ayant un défaut est du matériel fourni par le médecin (un appareil dentaire moulé par le dentiste par exemple), là il paraît effectivement plus logique d'imposer une obligation de résultat à charge du médecin¹⁵⁵.

C'est d'ailleurs l'avis de la Cour d'appel d'Anvers dans son arrêt du 5 avril 1995 selon lequel « un dentiste qui place une sous-prothèse déficiente commet une faute »¹⁵⁶. Le tribunal de première instance d'Anvers partage le même avis¹⁵⁷, et le tribunal de première instance de Flandre-Orientale aussi¹⁵⁸.

¹⁵² Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 12 juillet 2012, disponible sur [Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 12 juillet 2012, 11-17.510, Publié au bulletin - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#), consulté le 4 août 2022.

¹⁵³ Anvers (1^{ère} ch.), 19 mars 2012, *Rev. dr. santé*, 2014-2015, p. 29 ; A. BAEYENS, « Bij het afleveren van een prothese rust er op de orthopedist-afleveraar een resultaatsverbintenis », *T. Gez.*, 1997-1998, p. 354, traduction personnelle.

¹⁵⁴ Liège, 20 juin 2017, disponible sur [Cour d'appel de Liège - arrêt n° F-20170620-7 \(2015/RG/1597\) du 20 juin 2017 - Strada lex](#), consulté le 4 août 2022.

¹⁵⁵ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, p. 374, traduction personnelle ; B. DUBUISSON, « Questions choisies en droit de la responsabilité civile », *op. cit.*, p. 164.

¹⁵⁶ Anvers, 5 avril 1995, *T. Gez.*, 1996, p. 192, note Y. VERMYLEN.

¹⁵⁷ Civ. Anvers, 29 janvier 1997, *T. Gez.*, 1997-1998, p. 352.

¹⁵⁸ Civ. Flandre-Orientale (div. Gand, 1^{ère} ch.), 30 septembre 2019, *Rev. dr. santé*, 2021-2022, p. 151, note L. VANHOFF.

3. L'utilisation du matériel par le médecin

Si c'est la mauvaise *utilisation* du matériel qui est en cause, dans ce cas la jurisprudence admet également une obligation de résultat.

Dans un arrêt de la Cour d'appel d'Anvers concernant une affaire de brûlures dues à des électrodes, celle-ci déclare que « *l'usage* du matériel médical n'a pas en soi un caractère aléatoire. Il peut donc difficilement être question dans ce cas d'obligations de moyens »¹⁵⁹. La responsabilité du médecin avait donc été retenue.

4. Une responsabilité du fait des choses sur base de l'article 1384 du Code civil ?

Cette théorie a été avancée dans deux arrêts. Premièrement, devant le tribunal de première instance de Bruxelles, la responsabilité d'une société ayant la garde d'un laser ensuite utilisé par un ophtalmologue a été retenue¹⁶⁰.

La Cour d'appel de Liège a ensuite appliqué cette théorie au médecin, dans son arrêt du 18 mai 2016. La responsabilité du médecin n'a pas été retenue car la patiente n'est pas parvenue à démontrer que « la table et le matériel utilisés dans la salle de radiologie de l'hôpital étaient atteints d'un vice au sens de cette disposition légale »¹⁶¹. La responsabilité du médecin ayant été écartée pour non-réunion des conditions nécessaires à l'application de l'article 1384¹⁶² on ne peut malheureusement pas tout à fait déduire de cet arrêt que le médecin puisse être considéré comme gardien d'une chose viciée, puisque cette question n'a pas été abordée dans la décision.

§2. Les examens simples de laboratoire et les injections cutanées

Ces cas sont des obligations de résultat car « on tend à considérer qu'ils sont détachables de l'art médical, et que l'aléa y est maîtrisé »¹⁶³.

¹⁵⁹ Anvers, 22 février 1999, *A.J.T.*, 1999-2000, p. 481, traduction personnelle.

¹⁶⁰ Civ. Bruxelles (8^e ch.), 24 décembre 2015, *Rec. jur. ass.*, 2015, p. 43, note A. GILLE.

¹⁶¹ Liège (20^e ch), 18 mai 2016, R.G. n°2015/234, disponible sur [ECLI:BE:CALIE:2016:ARR.20160518.9 \(juportal.be\)](https://ecli.be/CALIE:2016:ARR.20160518.9), consulté le 6 août 2022.

¹⁶² A. C. civ., art. 1384, al. 3 (relation extracontractuelle).

¹⁶³ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical, op. cit.*, p. 418.

D'après le tribunal de première instance de Courtrai, « lorsque le résultat peut raisonnablement être atteint avec l'utilisation normale des ressources, l'obligation peut être de résultat pour un certain nombre d'activités de laboratoires ou d'autres tests, tels que des analyses de sang et radiographies, mais sans que cela ne puisse être étendu à toutes les méthodes de recherche »¹⁶⁴.

C'est aussi le cas des transfusions sanguines. La Cour de cassation française nous en donne un exemple lors d'une affaire de 1954 dans laquelle une patiente ayant besoin d'une transfusion sanguine reçoit du sang infecté par la syphilis. La Cour déclare alors que le médecin, n'ayant « ni prouvé ni même allégué que, selon l'art. 1147 du Code civil, la contravention à l'engagement litigieux dérivait d'une cause étrangère » se trouve responsable du dommage causé¹⁶⁵. Puisque la Cour n'aborde que cette échappatoire, on peut en conclure qu'il s'agissait, selon elle, d'une obligation de résultat.

En matière d'injection cutanée, une affaire est arrivée devant la Cour de cassation française, qui a alors déclaré que la clinique a une obligation de « fournir un liquide répondant par sa nature et ses qualités au but poursuivi »¹⁶⁶. Pour le médecin, il faudra être attentif à l'acte exact qui est à l'origine du problème car le médecin qui administre l'injection au bon endroit et de la manière appropriée satisfait à son obligation de résultat¹⁶⁷.

La Cour d'appel de Toulouse a quant à elle étendu cela aux analyses de sang : « La détermination du groupe et du facteur rhésus s'effectue à coup sûr quand il y est correctement procédé, de sorte que l'acte médical se réduit alors à une recherche d'ordre technique, obéissant à des règles strictes et invariables, qui doivent nécessairement aboutir à une exacte solution »¹⁶⁸.

¹⁶⁴ Civ. Courtrai, 4 décembre 1998, *T. Verz.*, 2007, p. 107, traduction personnelle.

¹⁶⁵ Cass. fr., 17 décembre 1954, *D.*, 1955, p. 269, note R. RODIÈRE.

¹⁶⁶ Cass. fr., 4 février 1959, *D.*, 1959, p. 153, note P. ESMEIN.

¹⁶⁷ Gand, 5 avril 2000, *Bull. ass.*, 2001, p. 810.

¹⁶⁸ Toulouse, 14 décembre 1959, *J.C.P.*, 1960, p. 11.402, note R. SAVATIER.

§3. Les oublis d'instruments ou de matériel dans le corps du patient

Pour les cas d'oublis d'instruments ou de matériel dans le corps du patient, on parle souvent d'obligation de résultat en justifiant cela sur base du critère de « l'utilisation normale des moyens »¹⁶⁹.

Dans un arrêt du 2 mai 2005, la Cour d'appel d'Anvers déclare que le médecin est responsable en cas d'oubli d'objets dans le corps de la patiente¹⁷⁰. Dans un arrêt du 20 février 1990, le tribunal de première instance de Charleroi déclare que le médecin qui oublie une compresse dans le corps de sa patiente est effectivement fautif¹⁷¹. Dans un arrêt du 17 novembre 1995, le tribunal de première instance de Bruxelles tient le même raisonnement¹⁷².

Le premier arrêt qui qualifie explicitement l'obligation de ne pas oublier de matériel dans le corps du patient d'obligation de résultat nous vient de la Cour d'appel d'Anvers, en 1992¹⁷³.

Plus récemment, la Cour d'appel de Liège a déclaré que « le chirurgien est tenu, en sa qualité de médecin diligent, de compter, assisté le cas échéant par une infirmière, les instruments et compresses avant et après l'opération, ce qui permet de remarquer immédiatement les manquants éventuels. Il s'agit d'une mesure de précaution minimale et d'une prestation technique simple, à ce point dénuée d'aléa qu'elle doit être qualifiée d'obligation de résultat dans son chef »¹⁷⁴. Le tribunal de première instance de Bruxelles tient le même raisonnement¹⁷⁵.

Les exemples jurisprudentiels sont donc assez nombreux, et la Cour de cassation semble également aller dans ce sens dans un arrêt du 28 septembre 1995 lorsqu'elle expose qu'un médecin a « une obligation de résultat de ne laisser dans le corps humain aucun corps

¹⁶⁹ Liège, 17 avril 2008, *R.G.A.R.*, 2009, n°14.460, note J. Kirkpatrick ; Anvers, 29 juin 1992, *T. Gez.*, 1994-1995, p. 20, note D. FRERIKS.

¹⁷⁰ Anvers, 2 mai 2005, *Rev. dr. santé*, 2006-2007, p. 199.

¹⁷¹ Civ. Charleroi, 20 février 1990, *R.G.A.R.*, 1992, n°12.074.

¹⁷² Civ. Bruxelles, 17 novembre 1995, *R.G.A.R.*, 1997, n°12.751.

¹⁷³ Anvers, 29 juin 1992, *T. Gez.*, 1994-1995, p. 20, note D. FRERIKS ; voir aussi Anvers, 15 mars 1999, *Rev. dr. santé*, 2000-2001, p. 223.

¹⁷⁴ Liège, 16 mars 2017, *J.L.M.B.*, 2018, p. 1097.

¹⁷⁵ Civ. Bruxelles, 22 février 2019, *Rev. dr. santé*, 2020-2021, p. 165, note T. BALTHAZAR.

étranger »¹⁷⁶, mais la Cour ne se prononçant que sur un problème de prescription, on ne peut pas en tirer une approbation de la tendance jurisprudentielle¹⁷⁷.

De plus, la Cour d'appel de Gand semble avancer une exception pour les cotoïdes et ce car ils sont « petits, largement utilisés et qu'il n'est pas courant de les compter »¹⁷⁸.

Ce cas rejoint la tendance jurisprudentielle du dommage anormal : lorsque la prestation de soins aboutit à un résultat tout à fait anormal, il s'agit d'une obligation de résultat. L'erreur est tellement grossière et le résultat tellement anormal, qu'on présume la faute¹⁷⁹.

Section 2. Les opérations médicales simples

En plus des accessoires aux opérations médicales, certaines opérations elles-mêmes sont considérées comme étant suffisamment simples que pour avoir un résultat garanti.

C'est le cas notamment des radiographies, des ablations d'appendice infecté et des circoncisions¹⁸⁰.

La désactivation d'une prothèse entre également dans cette catégorie car elle « constitue un acte mécanique sans risque thérapeutique »¹⁸¹.

Section 3. Les cas ne présentant aucun caractère aléatoire

§1^{er}. L'obligation de traiter le bon patient

Plusieurs affaires ont permis de mettre en évidence l'importance de cette obligation. L'affaire la plus tragique date de 1997 et a eu lieu chez nos voisins français. Deux patientes de même nationalité et aux noms de famille fort proches se sont présentées le même jour à l'hôpital, l'une pour un enlèvement de stérilet et l'autre pour un contrôle de grossesse.

¹⁷⁶ Cass., 28 septembre 1995, *Rev. dr. santé*, 1995-1996, p. 359, note S. CALLENS.

¹⁷⁷ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, note de bas de page n°247, p. 419.

¹⁷⁸ Gand, 21 décembre 2017, *T. Gez.*, 2019-2020, p. 196, traduction personnelle.

¹⁷⁹ B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 150.

¹⁸⁰ T. VANSWEEVELT, *Responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, *op. cit.*, p. 78-79.

¹⁸¹ Civ. Anvers, 19 juin 2015, *Rev. dr. santé*, 2018-2019, p. 183, note S. CALLENS et N. VAN GOMPEL.

Suite à une confusion entre les deux patientes, l'enlèvement de stérilet est pratiqué sur la patiente enceinte, provoquant une rupture de la poche des eaux et rendant nécessaire un avortement thérapeutique¹⁸². La future maman perd donc son bébé et l'affaire entraîna un débat sur la possibilité de qualifier cela d'homicide involontaire¹⁸³.

Dans une autre affaire, portée devant le tribunal correctionnel de Bruxelles, une patiente venue se faire retirer des dents, s'est vue placée sur la table d'opération à la place d'une autre patiente pour une opération de la vessie. La patiente opérée subit donc une anesthésie et une ouverture de l'abdomen (inutiles), avant que le chirurgien ne se rende compte de son erreur en ne trouvant pas la tumeur qu'il était censé retirer¹⁸⁴.

Dans un cas plus récent qui nous vient de la Cour d'appel de Liège, une patiente se présente devant le médecin, alors que c'était en fait une autre patiente qui était appelée. Le médecin lui administre alors le médicament prévu pour la patiente originellement appelée, et il s'agissait d'un comprimé d'iode radioactif utilisé pour soigner l'hyperthyroïdie, dangereux pour une patiente ne devant pas être traitée par iode radioactif. Suite à cette erreur, elle est contrainte de subir des contrôles et examens médicaux pendant plusieurs années. Le médecin est alors jugé fautif car il lui incombait de « s'assurer personnellement de l'identité de la patiente qu'il avait face à lui dans son cabinet médical »¹⁸⁵.

Il est intéressant de noter que, dans cet arrêt, la Cour insiste sur le caractère dangereux du médicament administré¹⁸⁶ laissant ainsi sous-entendre que l'attribution de la faute n'aurait pas été aussi automatique s'il s'était agi d'une médication ayant des conséquences moins graves lorsqu'administrée à mauvais escient.

¹⁸² Lyon, 13 mars 1997, *D.*, 1997, p. 557, note E. SERVERIN.

¹⁸³ Cass. fr. crim., 30 juin 1999, *Gaz. Pal.*, 1999, p. 19 ; Cour eur. D.H., 8 juillet 2004, *R.W.*, 2005-2006, p. 368 (la Cour conclut à l'absence de violation de l'article 2 de la C.E.D.H.).

¹⁸⁴ Corr. Bruxelles, 11 décembre 1963, *R.G.A.R.*, 1964, n°7.273.

¹⁸⁵ Liège, 16 octobre 2014, *Con. M.*, 2015, p. 147, note J.-L. FAGNART.

¹⁸⁶ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, op. cit., p. 420, note de bas de page n°251.

§2. L'obligation de traiter le bon organe

L'importance de cette obligation semble évidente, et pourtant il arrive que la mauvaise opération soit effectuée.

Dans une affaire portée devant le tribunal correctionnel de Bruxelles, un patient avait été opéré de l'index au lieu de l'annulaire¹⁸⁷. Dans une affaire portée devant le tribunal de première instance d'Hasselt, un patient s'était fait enlever l'appendice au lieu d'une tumeur à l'orteil¹⁸⁸.

Dans une affaire portée devant le tribunal correctionnel de Bruges, un patient s'est fait amputer la mauvaise jambe¹⁸⁹. Dans une affaire portée devant la Cour d'appel de Liège, une patiente s'était fait placer une prothèse de genou au mauvais genou¹⁹⁰.

Ces quatre cas rejoignent également la tendance jurisprudentielle du dommage anormal : lorsque la prestation de soins aboutit à un résultat tout à fait anormal, il s'agit d'une obligation de résultat¹⁹¹.

Conclusion

Pour les obligations précitées, on voit que le caractère d'obligation de résultat fait l'unanimité ou presque (sauf s'agissant de l'obligation d'information). Mais la qualification de ces obligations en obligation de résultat semble parfois superflue.

Le principal intérêt de qualifier une obligation d'obligation de résultat est l'allègement de la charge de la preuve pour la victime de l'inexécution : le patient doit seulement prouver que le résultat escompté n'a pas été atteint pour que la faute soit établie. Or, dans les cas présentés, l'erreur est tellement évidente qu'il paraît artificiel, voire tout bonnement inutile, de les qualifier d'obligations de résultat¹⁹².

¹⁸⁷ Corr. Bruxelles, 5 mai 1951, *J.T.*, 1951, p. 369.

¹⁸⁸ Civ. Hasselt, 3 avril 1973, *R.G.A.R.*, 1974, n°9218.

¹⁸⁹ Corr. Bruges, 15 janvier 1990, *T. Gez.*, 1990-1991, p. 292.

¹⁹⁰ Liège, 4 janvier 2001, *Rev. dr. santé*, 2002-2003, p. 330.

¹⁹¹ B. Dubuisson, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », *op. cit.*, p. 149.

¹⁹² B. Dubuisson, « Questions choisies en droit de la responsabilité civile », *op. cit.*, pp. 113-114.

Quand il s'agit d'une violation de la loi, le patient, même face à une obligation de moyens, ne devrait pas avoir trop de mal à démontrer cette violation (à l'exception de l'obligation d'information). En cas de violation de la volonté expresse des parties, ce sera le même raisonnement. Il pourrait y avoir plus de discussions concernant les situations d'absence d'aléa, mais les cas présentés ci-dessus sont ceux dont le caractère quasi-certain n'est plus discuté. Enfin, dans les cas d'erreur sur la personne ou sur le membre à soigner, ou d'oubli de matériel dans le corps du patient, le patient n'aura aucun mal à prouver la faute du médecin, celle-ci étant tout à fait manifeste¹⁹³.

¹⁹³ *Ibidem*.

Partie IV. Cas particuliers

Introduction

Dans cette quatrième et dernière partie, nous allons étudier trois cas particuliers pour lesquels il y a débat en doctrine et en jurisprudence quant à la qualification de l'obligation du médecin en obligation de moyens ou de résultat. Le premier cas que nous avons choisi de développer est celui des infections nosocomiales (Chapitre 1^{er}). Le deuxième cas retenu est celui des stérilisations ratées (Chapitre 2). Enfin, la chirurgie esthétique a également fait l'objet de quelques discussions (Chapitre 3).

Chapitre 1^{er}. Les infections nosocomiales

Ce chapitre commencera par définir le concept de l'infection nosocomiale (section 1), puis expliquera en quoi ces infections posent des questions de responsabilité civile médicale (section 2). Ensuite, les développements étant beaucoup plus importants et plus tranchés chez nos voisins, nous commencerons par exposer le régime de responsabilité français (section 3), avant d'étudier dans un second temps la situation belge en la matière (section 4). Enfin, nous terminerons par un bref exposé de droit comparé, en jetant un œil sur les situations en Allemagne et en Espagne (section 5).

Section 1. Définitions

§1^{er}. Jurisprudence

Dans l'une des premières décisions belges traitant du sujet, le tribunal de première instance de Liège définit l'infection nosocomiale (également appelée « infection iatrogène »¹⁹⁴ – v. *infra*) comme étant une maladie « acquise à l'hôpital et donc absente à l'admission, en tenant compte d'un délai d'incubation généralement admis de 48 heures »¹⁹⁵.

¹⁹⁴ P. HENRY, « Le médecin face au droit », *op. cit.*, p. 23.

¹⁹⁵ Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, n°13573.

Ce délai de 48 heures correspond « au délai minimal d'incubation d'une infection aigüe consécutive à une *bactérie à croissance rapide* »¹⁹⁶, mais pour les infections des plaies opératoires, le délai est élargi à 30 jours suivant l'intervention et pour les opérations de mise en place d'une prothèse ou d'un implant, le délai est d'un an après l'intervention. Enfin, pour les infections dont le délai d'incubation est connu de manière précise, c'est ce délai qui sera pris en compte¹⁹⁷.

§2. Doctrine

G. GENICOT précise d'avantage la notion en ajoutant que l'infection est « indépendante des soins prodigués et de l'affection pour le traitement de laquelle l'hospitalisation a eu lieu »¹⁹⁸. C'est l'idée, ainsi désignée par l'avocat P. HENRY, de « rentrer sain, sortir malade »¹⁹⁹.

Y.-H. LELEU précise un peu plus la notion qui nous intéresse, en mettant en évidence la difficulté de prouver qu'il s'agit bien d'une infection « indépendante de l'état du patient *et de son évolution prévisible* »²⁰⁰. Le professeur R.-O. DALCQ la définit quant à lui comme « l'infection provoquée en majorité par certains microbes particulièrement résistants, tels les staphylocoques dorés ou streptocoques B, ou autres, dont les institutions de soins ne parviennent pas à se débarrasser par les mesures de prophylaxie habituelles »²⁰¹.

L'Organisation mondiale de la santé en a également donné une définition dans son Guide pratique de prévention contre les infections nosocomiales : « Les infections nosocomiales – aussi appelées infections hospitalières – sont des infections acquises pendant un séjour à l'hôpital et qui n'étaient ni présentes ni en incubation au moment de l'admission du patient »²⁰².

¹⁹⁶ I. LUTTE, « Aspect médico-légal des infections nosocomiales » in *La responsabilité médicale*, Bruxelles, Juridoc, 2003, p. 78.

¹⁹⁷ *Ibidem*.

¹⁹⁸ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 508.

¹⁹⁹ P. HENRY, « Le médecin face au droit », *op. cit.*, p. 23, traduction personnelle.

²⁰⁰ Y.-H. LELEU, *Droit médical*, *op. cit.*, p. 142.

²⁰¹ R.-O. DALCQ, « A propos des infections nosocomiales », *Rev. dr. santé.*, 1999-2000, p. 3.

²⁰² « Guide pratique de prévention contre les infections nosocomiales » disponible sur [WHO CDS CSR EPH 2002.12 fre.pdf](https://www.who.int/publications-detail/WHO-CDS-CSR-EPH-2002.12-fre.pdf), p. 5, consulté le 1^{er} août 2022.

Enfin, il importe de préciser que l'infection nosocomiale peut être endogène, auquel cas « le patient s'infecte avec ses propres germes »²⁰³ (en raison d'un acte invasif, ou de la fragilité du patient²⁰⁴), ou exogène, auquel cas « l'infection provient de la transmission d'un malade à un autre par la contamination des instruments de soin, du personnel médical, de l'environnement hospitalier, voire encore d'une transmission par le personnel médical de ses propres germes »²⁰⁵.

§3. Législation

La législation belge ne s'est pas énormément penchée sur le problème des infections nosocomiales, et n'en donne, en tout cas pour l'instant, pas de définition.

Pourtant, nous sommes bien concernés par ce problème ; selon un rapport du KCE de 2009, 6,2% des patients sont victimes d'infections nosocomiales tous les ans²⁰⁶. Il semble important de préciser que notre droit prévoit par contre un cadre légal pour la prévention de ces infections²⁰⁷, signe que le problème n'est pas tout à fait ignoré.

²⁰³ M. VANDERWECKENE, « Les infections nosocomiales : une simple question d'hygiène hospitalière ? », *R.G.A.R.*, 2002, n°13.568, n°7 ; voir aussi C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, pp. 362-363, traduction personnelle.

²⁰⁴ E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *Con. M.*, 2013, p. 91.

²⁰⁵ M. VANDERWECKENE, « Les infections nosocomiales : une simple question d'hygiène hospitalière ? », *op. cit.*, n°7 ; voir aussi C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, pp. 362-363, traduction personnelle.

²⁰⁶ [Nosocomial Infections in Belgium, part 2: Impact on Mortality and Costs | KCE \(fgov.be\)](#), p. 1, traduction personnelle, consulté le 31 juillet 2022 ; voir aussi voir aussi C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, pp. 363-364, traduction personnelle.

²⁰⁷ AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964, p. 11.709 ; AR du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, art. 6, 2°, *M.B.*, 25 décembre 1987, p. 19.511 ; C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, p. 365, traduction personnelle.

En France par contre, une circulaire du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et la prévention des infections nosocomiales les définit comme étant :

- « Toute maladie provoquée par des microorganismes ;
- contractée dans un établissement de soins par tout patient après son admission, soit pour hospitalisation, soit pour y recevoir des soins ambulatoires ;
- que les symptômes apparaissent lors du séjour à l'hôpital ou après ;
- que l'infection soit reconnaissable aux plans cliniques ou microbiologiques, données sérologiques comprises, ou encore les deux à la fois »²⁰⁸.

§4. Concept voisin : les affections iatrogènes

Il importe de préciser que les appellations « infection nosocomiale » et « affection iatrogène », ne sont pas synonymes²⁰⁹ (bien que généralement utilisées comme tels). La subtile différence se trouve au niveau de la cause de l'infection.

L'affection iatrogène est l'affection qui découle du traitement pour lequel le patient s'est présenté à l'hôpital²¹⁰. En d'autres termes, ce sont « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiquée ou prescrite par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé »²¹¹.

L'infection nosocomiale, quant à elle, n'a pas forcément été attrapée suite à un traitement. Il suffit qu'elle ait été attrapée dans l'hôpital.

Une infection nosocomiale peut être iatrogène aussi, mais ce n'est pas automatique (on peut tomber malade au sein de l'hôpital sans que ça ne soit lié aux soins que l'on y reçoit) et

²⁰⁸ Circulaire du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, disponible sur [beh_46_1988.pdf \(santepubliquefrance.fr\)](#), p. 1, consulté le 28 juillet 2022.

²⁰⁹ P. HENRY, « Le médecin face au droit », *op. cit.*, p. 23.

²¹⁰ [Affection iatrogène : définition, indemnisation et démarches \(indemnisationprejudice.fr\)](#), consulté le 27 juillet 2022.

²¹¹ [Définition de l'affection iatrogène et comment se faire indemniser \(association-aide-victimes-france.fr\)](#), consulté le 27 juillet 2022.

une affection iatrogène peut être une affection nosocomiale, mais ce n'est pas automatique non plus (on peut tomber malade des suites d'un traitement reçu à domicile²¹²).

La distinction n'est que théorique puisque les principes régissant les deux notions sont fort proches²¹³, mais ce chapitre se concentre bien sur les infections *nosocomiales*.

Section 2. Position du problème en matière de responsabilité civile

On est donc face à des infections dont le risque n'est que très peu maîtrisable ; environ 70% des infections nosocomiales sont inévitables²¹⁴. De plus, ces infections résultent souvent de la réunion de plusieurs facteurs ne pouvant pas tous être contrôlés²¹⁵, tels que la multiplicité des facteurs de risque, la diversité des bactéries en milieu hospitalier, les techniques médicales invasives, etc.²¹⁶.

En raison du pouvoir qu'ils ont sur leurs patients, les prestataires de soins de santé ont une obligation de sécurité, accessoire à l'engagement principal de soigner²¹⁷. Mais, s'agissant des infections nosocomiales, de quelle nature est cette obligation accessoire ?

²¹² P. HENRY, « Le médecin face au droit », *op. cit.*, p. 23.

²¹³ P. HENRY, « Le médecin face au droit », *op. cit.*, p. 24.

²¹⁴ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge » in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 230 ; B. DE CONINCK, « Infections nosocomiales : obligation de moyens ou de résultat ? », *R.G.A.R.*, n°15.169 ; Proposition de résolution visant à lutter systématiquement contre les infections nosocomiales, *Doc. parl.*, sess. 2003-2004, doc. n°0558/001, p. 3 ; G. GENICOT, « Les infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *J.L.M.B.*, 2010, p. 755 ; P. MUYLAERT, « Les maladies nosocomiales : état de la jurisprudence et questions actuelles », *Con. M.*, 2012, p. 88 ; E. LANGENAKEN, « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *op. cit.*, p. 91 ; G. CHRISTIAENS, « Les infections nosocomiales : conséquence inadmissible ou risque inhérent à toute hospitalisation ? », *J.L.M.B.*, 2013, p. 53 ; S. TACK et D. DELEFORTRIE, « Responsabilité du médecin et/ou de l'hôpital pour les infections nosocomiales », *Rev. dr. santé*, 2019, pp. 282-283.

²¹⁵ M. VANDERWECKENE, « Les infections nosocomiales : une simple question d'hygiène hospitalière ? », *op. cit.*, n°11 ; G. GENICOT, « Les infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *op. cit.*, p. 755.

²¹⁶ G. CHRISTIAENS, « Les infections nosocomiales : conséquence inadmissible ou risque inhérent à toute hospitalisation ? », *op. cit.*, p. 53.

²¹⁷ C. LEMMENS, « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *op. cit.*, p. 369, traduction personnelle.

La réponse n'est pas évidente car, selon la formule de B. DUBUISSON, « comment conforter la demande d'indemnisation du patient confronté à la réalisation d'un risque considéré incompressible »²¹⁸ ? Sur qui faut-il faire peser ce risque : le patient, ou le médecin / l'hôpital ?

Avec le régime général de responsabilité sur base de faute, la charge de la preuve pèse sur le patient, et cette charge est assez lourde pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce qu'il y a une multiplication des actes thérapeutiques et des intervenants²¹⁹, mais également parce que cela implique pour le patient de prouver un fait négatif : que le médecin ou l'hôpital n'a pas mis tous les moyens (en l'occurrence, les règles d'hygiène et d'asepsie) en œuvre pour éviter la transmission d'une infection.

Nous avons donc d'une part des médecins et des établissements hospitaliers qui ne peuvent maîtriser le risque d'infection qu'à 30%, et d'autre part, des patients pour qui la preuve relève presque de l'impossible. Comme le résume bien G. GENICOT, la problématique des infections nosocomiales est « aussi irritante pour les théoriciens et praticiens du droit médical qu'elle est douloureuse et souvent injuste pour les patients qui en sont victimes »²²⁰.

Section 3. Le régime de responsabilité en droit français

§1^{er}. Évolutions du régime

1. Jurisprudence

a. Conseil d'Etat (fr)

Initialement, le Conseil d'Etat avait posé le principe selon lequel, en cas d'infections nosocomiales, il y avait « nécessairement eu une faute hospitalière, même s'il était impossible de l'établir formellement »²²¹. On faisait donc peser sur l'hôpital une présomption de faute.

²¹⁸ B. DUBUISSON, « Infections nosocomiales en droit comparé. Rapport de synthèse » in *L'indemnisation des accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 269.

²¹⁹ M. VANDERWECKENE, « Les infections nosocomiales : une simple question d'hygiène hospitalière ? », *op. cit.*, n°14.

²²⁰ G. GENICOT, « Les infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *op. cit.*, p. 755.

²²¹ C.E. fr., 9 décembre 1988, D., 1989, p. 347-348, note F. MODERNE et P. BON.

Mais en 1996, une jeune femme victime d'une infection nosocomiale à la suite d'une arthroscopie du genou demande réparation de son dommage, et l'affaire remonte jusqu'au Conseil d'état. Celui-ci déclare alors que le médecin « est tenu, vis-à-vis de son patient, en matière d'infection nosocomiale, d'une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère »²²². On a donc basculé d'un régime de présomption de faute, à un régime de responsabilité objective, sans faute²²³.

b. Cour de cassation (fr)

La Cour de cassation s'en tenait initialement au principe selon lequel il s'agissait d'une obligation de moyens, qui nécessitait donc la preuve de l'existence d'une faute²²⁴.

Elle est ensuite passée au système de présomption de faute dans un arrêt du 16 juin 1998 (dix ans après le Conseil d'Etat), lors d'une affaire d'infection utérine contractée durant un accouchement. La Cour approuve le raisonnement du juge d'appel selon lequel « une clinique est responsable d'une infection contractée par le patient lors d'une intervention pratiquée dans une salle d'opération [...] à moins de prouver l'absence de faute de sa part »²²⁵.

Mais il y a alors eu un revirement de jurisprudence le 29 juin 1999. Dans une affaire d'infection aux staphylocoques dorés dont l'éradication a nécessité plusieurs interventions chirurgicales, la Cour de cassation déclara que : « Le contrat d'hospitalisation et de soins conclu entre un patient et un établissement de santé met à charge de ce dernier, en matière d'infection nosocomiale, une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère »²²⁶.

Dans un arrêt du 13 février 2001, la Cour a précisé que : « un médecin est tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière d'infection nosocomiale »²²⁷. Le principe s'applique donc également aux praticiens *libéraux*.

²²² C.E. fr., 6 juin 1996, *D.*, 1999, somm., p. 395.

²²³ F. CHABAS, « Les infections nosocomiales ; responsabilité en droit privé et en droit public », *Gaz. Pal.*, 21-23 avril 2002, p. 3.

²²⁴ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 28 juin 1989, *D.*, 1990, p. 413, note Y. DAGORNE-LABBÉ.

²²⁵ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 16 juin 1998, *D.*, 1999, p. 653, note V. THOMAS.

²²⁶ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 29 juin 1999, *Gaz. Pal.*, 29-30 octobre 1999, p. 37 note J. GUIGUE.

²²⁷ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 13 février 2001, *D.*, 2001, p. 3083, note J. PENNEAU.

Pour les médecins qui travaillent en clinique par contre, la responsabilité sera celle du service. Il serait irréaliste de demander au médecin de vérifier toutes les opérations d'asepsie donc, sauf faute personnelle, il ne sera pas en cause²²⁸.

2. Législation

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient codifie les décisions de la Cour de cassation à travers l'article L.1142-1, selon lequel : « Les établissements, services ou organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère »²²⁹.

3. Doctrine

F. CHABAS positionne le fond du problème en écrivant que « tout le monde sait qu'une asepsie parfaite est impossible à atteindre. Dès lors, la question était de savoir qui – du corps médical ou du patient – supporterait le risque de l'impondérable ou de la fatalité. La Cour de cassation a choisi de ne pas le faire supporter par le patient »²³⁰.

Dans le même article, l'auteur se positionne de manière favorable face aux raisonnements du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation car selon lui, « on ne peut imaginer système plus favorable pour les victimes [...]. La jurisprudence a compris que l'opinion publique ne supporte plus qu'un patient puisse quitter un établissement de soins en étant porteur d'un germe qu'il n'avait pas en arrivant »²³¹.

En effet, cela faisait plusieurs années que la doctrine était favorable à la reconnaissance d'une obligation de sécurité de résultat pour les hôpitaux et les médecins.

²²⁸ F. CHABAS, « Les infections nosocomiales ; responsabilité en droit privé et en droit public », *op. cit.*, p. 3.

²²⁹ Loi (fr) du 2 mars 2002 relative aux droits du patient, art. L.1142-1, §1^{er}, al. 2.

²³⁰ F. CHABAS, « Les infections nosocomiales ; responsabilité en droit privé et en droit public », *op. cit.*, p. 3.

²³¹ F. CHABAS, « Les infections nosocomiales ; responsabilité en droit privé et en droit public », *op. cit.*, p. 2.

Déjà en 1996, P. SARGOS, conseiller à la Cour de cassation, écrivait « qu'il n'est pas déraisonnable de soutenir que l'une des charges de l'activité professionnelle médicale est d'indemniser le dommage causé par un acte médical indépendamment de l'état du patient et de son évolution »²³².

Dans un commentaire sous un arrêt de 1998²³³, quelques semaines avant l'arrêt de principe de la Cour de cassation de 1999²³⁴, S. HOCQUET-BERG déclarait que : « si l'obligation de soins consiste à tout mettre en œuvre pour réussir l'intervention pour laquelle le patient a consulté le médecin, l'obligation de sécurité consiste à ne pas causer au patient de dommages s'ajoutant à son mal initial et qui sont sans rapport avec lui. [...]. Si le médecin n'est pas tenu de guérir, il est néanmoins tenu de ne pas causer à son patient des maux supplémentaires ».²³⁵

Après l'arrêt de 1999, la doctrine a continué sur sa lancée. Dans un commentaire dudit arrêt, P. JOURDAIN qualifie le revirement de jurisprudence « d'avancée considérable dans la protection des patients contre les atteintes à leur sécurité corporelle subies à l'occasion d'actes médicaux » et pousse même le raisonnement plus loin car selon lui, il faudrait étendre ce nouveau principe à d'autres actes médicaux²³⁶.

Pour la doctrine française, il n'y a donc plus aucun doute : il existe une obligation de sécurité de résultat, qui coexiste avec l'obligation de soins de moyens²³⁷, justifiée par l'existence d'une promesse du médecin et d'une attente sécuritaire des patients²³⁸.

²³² P. SARGOS, « Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale », *D.*, 1996, p. 370.

²³³ T.G.I. Metz (1^{ère} ch. civ.), 12 août 1998, *Gaz. Pal.*, 7-8 mai 1999, p. 26.

²³⁴ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 29 juin 1999, *Gaz. Pal.*, 29-30 octobre 1999, p. 37 note J. GUIGUE.

²³⁵ S. HOCQUET-BERG, « Les médecins sont tenus d'une obligation de sécurité-résultat », *op. cit.*, p. 21.

²³⁶ P. JOURDAIN, note sous Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 29 juin 1999, *R.T.D. civ.*, 1999, pp. 842-843.

²³⁷ S. HOCQUET-BERG, « Commentaire des arrêts rendus par la première chambre civile de la Cour de cassation le 29 juin 1999 en matière d'infection nosocomiale », *Gaz. Pal.*, 5-6 avril 2000, pp. 14-15.

²³⁸ S. HOCQUET-BERG, « Commentaire des arrêts rendus par la première chambre civile de la Cour de cassation le 29 juin 1999 en matière d'infection nosocomiale », *op. cit.*, p. 16.

§2. Etendue de l'obligation de résultat

L'obligation est très étendue « quant au lieu de contamination (toute partie quelconque de l'hôpital ou du cabinet médical), quant aux circonstances dans lesquelles celle-ci survient (il n'est pas requis que l'infection ait été communiquée à l'occasion d'un acte médical ou de soins) et quant aux personnes responsables (l'hôpital, le médecin, ou les deux *in solidum*) »²³⁹.

Y.-H. LELEU précise par ailleurs que l'évolution jurisprudentielle française n'a pas ouvert la porte à une extension excessive de l'obligation de sécurité de résultat ; il y a tout de même un équilibre entre l'indemnisation des victimes et les intérêts du corps médical à maintenir²⁴⁰.

Section 4. Le régime belge

§1^{er}. Jurisprudence

Bien que la jurisprudence française (v. *supra*) et la jurisprudence luxembourgeoise²⁴¹ aient pris position en faveur de la reconnaissance d'une obligation de résultat en matière d'infections nosocomiales, la Cour de cassation belge ne s'est toujours pas explicitement prononcée. Mais la jurisprudence française a tout de même eu une influence sur la jurisprudence belge.

1. À Liège

Le premier arrêt belge concernant les infections nosocomiales date du 7 janvier 2002. Le tribunal de première instance de Liège y définit la notion d'infection nosocomiale (v. *supra*), et déclare que « s'il n'est pas établi qu'une infection nosocomiale a été contractée avec du matériel médical défectueux, seule la responsabilité fondée sur l'article 1382 du Code civil pourra être recherchée s'il est établi que l'hôpital n'a pas pris toutes les mesures d'hygiène propres à lutter contre ce risque »²⁴². On est donc dans le régime classique de l'obligation de moyens.

²³⁹ Y.-H. LELEU, *Droit médical*, op. cit., p. 148, note de bas de page n°177 ; voir aussi F. CHABAS, « Les infections nosocomiales ; responsabilité en droit privé et en droit public », op. cit., p. 3.

²⁴⁰ Y.-H. LELEU, *Droit médical*, op. cit., p. 151.

²⁴¹ Cass. lux., 31 janvier 2013, disponible sur [CIV130131_3099a-8 \(public.lu\)](https://public.lu/CIV130131_3099a-8), p. 3, consulté le 2 août 2022.

²⁴² Civ. Liège (6^e ch.), 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, n°13573.

Mais dans un arrêt du 17 janvier 2005²⁴³, le même tribunal rend un jugement qualifié par les auteurs de « novateur et abondamment motivé »²⁴⁴. Dans cette affaire, un patient avait été infecté par des staphylocoques dorés, entraînant de lourdes conséquences. Le tribunal déclare alors que « l'hôpital a une obligation de sécurité de résultat quant aux infections nosocomiales *exogènes*, et ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère »²⁴⁵.

Le tribunal reste cependant prudent en ajoutant qu'il faut tout de même « des présomptions graves, précises et concordantes permettant d'établir qu'une infection nosocomiale dont a souffert un patient est exogène et que celle-ci ne peut avoir pour origine qu'un défaut dans l'application des règles d'hygiène communément connues et reconnues comme nécessaires à l'époque des faits »²⁴⁶ pour que l'hôpital soit tenu pour responsable.

Un faisceau d'indices concordants et raisonnablement suffisants, non pas une certitude absolue mais bien une certitude judiciaire, permet donc de considérer que l'hôpital est responsable²⁴⁷. On a là un assouplissement dans l'administration de la preuve.

La Cour d'appel de Liège confirme sa jurisprudence en 2006, en décidant que le contrat d'hospitalisation met à la charge de l'établissement de soins une obligation de sécurité de résultat qui existe en matière d'infections nosocomiales. « En conséquence, dès que la relation de causalité est établie, il doit être admis que l'obligation de sécurité de l'établissement ne cède que devant la preuve d'une cause étrangère, et non pas devant l'absence de faute »²⁴⁸.

L'argument principal justifiant cette décision est le suivant. D'après le juge d'appel, « il est inadmissible que le séjour d'un patient en clinique ou en hôpital lui fasse courir le risque d'en sortir affecté d'une grave infection qu'il n'avait pas en y entrant et qui est sans rapport avec les raisons de ce séjour »²⁴⁹.

²⁴³ Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, p. 1185.

²⁴⁴ Y.-H. LELEU, *Droit médical*, *op. cit.*, p. 150.

²⁴⁵ Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, p. 1191.

²⁴⁶ Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, p. 1191.

²⁴⁷ P. HENRY, « Le médecin face au droit », *op. cit.*, p. 28.

²⁴⁸ Liège (20^e ch.), 15 novembre 2006, *R.G.A.R.*, 2008, n°14.352.

²⁴⁹ Liège (20^e ch.), 15 novembre 2006, *R.G.A.R.*, 2008, n°14.352.

Mais alors que ce courant semblait s'affirmer²⁵⁰, la Cour d'appel a rendu deux décisions qui semblent ne plus proclamer aussi clairement une obligation de résultat. Les juges y déclarent que ce n'est que dans des cas bien particuliers que l'existence d'une obligation de résultat peut être retenue et que, pour les infections nosocomiales, les hôpitaux et médecins ne sont tenus qu'à une obligation de moyens²⁵¹.

Dans ces arrêts, le juge justifie son raisonnement comme suit : « l'impossibilité d'éradiquer ce type d'infections, quelles que soient les mesures d'asepsie et de désinfection prises par le personnel hospitalier et les médecins, empêche en effet de considérer de manière générale que l'hôpital et/ou le médecin se seraient engagés à ce que le patient ne contracte pas d'infection nosocomiale et qu'en cas d'infection, ils seraient présumés en faute et contraints de prouver l'existence d'une cause étrangère libératoire »²⁵².

Ce principe est aussitôt tempéré, car le juge précise qu'il existe tout de même des cas dans lesquels le médecin ou l'hôpital se voient tenus à une obligation de résultat, *en fonction du type d'infection et de circonstances connues dans lesquelles le patient a été infecté*²⁵³.

La Cour d'appel de Liège confirme par la suite cette nouvelle jurisprudence dans deux arrêts de 2014²⁵⁴ : « l'hôpital n'assume pas d'obligation de sécurité de résultat concernant toute infection contractée durant le séjour d'un patient »²⁵⁵. La qualification de l'obligation à laquelle sont tenus le médecin et/ou l'hôpital dépendrait donc du type d'infection contractée et de son mode de transmission.

²⁵⁰ Liège (20^e ch.), 18 juin 2008, *J.L.M.B.*, 2010, p. 745 ; Civ. Liège (6^e ch.), 30 novembre 2009, *J.L.M.B.*, 2010, p. 748 ; Civ. Liège (6^e ch.), 18 janvier 2011, *J.L.M.B.*, 2013, p. 792.

²⁵¹ Liège, 18 octobre 2012, *J.T.*, 2012, p. 776 ; Liège (20^e ch.), 15 novembre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, p. 788.

²⁵² Liège, 18 octobre 2012, *J.T.*, 2012, p. 777 ; Liège (20^e ch.), 15 novembre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, p. 790.

²⁵³ *Ibidem*.

²⁵⁴ Liège (20^e ch.), 9 janvier 2014, *J.L.M.B.*, 2014, p. 1734 ; Liège, 18 septembre 2014, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.169, note B. DE CONINCK.

²⁵⁵ Liège, 18 septembre 2014, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.169, note B. DE CONINCK.

La Cour conclut son jugement comme suit : « Une obligation de résultat ne sera retenue à charge de l'hôpital que pour autant que soit rapportée la preuve de l'existence d'une infection nosocomiale exogène, en lien causal avec l'intervention ou les interventions pratiquée(s) sur le patient »²⁵⁶.

Enfin, le dernier arrêt en date semble affirmer que l'obligation de sécurité qui pèse sur l'hôpital en cas d'infection nosocomiale n'est qu'une obligation de moyens car : « Le caractère exogène épinglé ci-dessus n'a pas pour effet de conférer nécessairement à cette obligation de sécurité le caractère d'obligation de résultat, tout dépendant de l'aléa. [...]. L'aléa est tel qu'il convient d'analyser l'obligation de sécurité litigieuse qui pesait sur l'intimée en une obligation de moyen, qu'il ne peut être considéré que l'intimée aurait accepté implicitement qu'elle soit de résultat »²⁵⁷.

2. À Bruxelles

Le tribunal de première instance de Bruxelles a, quant à lui, déclaré que « les infections nosocomiales constituent un risque inévitable et *un aléa thérapeutique comme un autre*, de sorte qu'il n'y a pas de motif juridique de traiter cet aléa différemment des autres et de placer systématiquement la charge de l'aléa sur le médecin plutôt que sur le patient »²⁵⁸.

Mais ce même tribunal a également rendu un arrêt en sens contraire dans lequel il a déclaré que « le médecin et l'hôpital sont tenus d'une obligation de sécurité accessoire, consistant à ne pas causer au patient de dommages s'ajoutant à son mal initial et qui sont sans rapport avec lui. Cette obligation s'analyse comme une obligation de résultat, dans la mesure où elle ne vise pas les hypothèses d'aléa médical »²⁵⁹.

Cette décision qualifie d'ailleurs l'infection nosocomiale de « conséquence d'un risque présent dans toute institution hospitalière lors de tout acte médical, que le respect de toutes les

²⁵⁶ Liège, 18 septembre 2014, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.169, note B. DE CONINCK.

²⁵⁷ Liège, 20 juin 2017, *J.L.M.B.*, 2018, p. 1103, note G. GENICOT.

²⁵⁸ Civ. Bruxelles (71^e ch.), 7 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 752 ; voir aussi Civ. Bruxelles (11^e ch.), 11 juin 2012, *Con. M.*, 2012, p. 154.

²⁵⁹ Civ. Bruxelles (11^e ch.), 28 janvier 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, p. 133, note G. GENICOT.

règles d'hygiène et d'asepsie ne permet pas d'éviter », ajoutant que rien ne justifie que ce risque soit supporté par le patient²⁶⁰.

3. En Flandres

La Cour d'appel de Gand, dans un arrêt du 2 février 2012, a déclaré que le risque d'infection restant inévitable et assez important, il ne peut être considéré que l'hôpital accepte d'assumer une obligation de résultat s'agissant des infections nosocomiales²⁶¹.

Le tribunal de première instance de Flandre-Orientale suit la jurisprudence gantoise quelques années plus tard en déclarant que : « l'obligation de l'hôpital d'éviter les infections nosocomiales est en principe une obligation de moyens »²⁶².

4. Devant la Cour de cassation

Dans une affaire concernant une infection nosocomiale contractée lors d'une opération de stérilisation contraceptive irréversible, la Cour rappelle que : « Il incombe à la partie qui a introduit une demande (en l'occurrence, le patient) fondée sur une infraction de prouver que les éléments constitutifs de celle-ci sont réunis »²⁶³.

En janvier 2010, elle rend un arrêt dans lequel elle rappelle le principe selon lequel l'obligation de résultat trouve son fondement dans la volonté commune des parties, et décide qu'en l'espèce, le demandeur (le médecin) avait « accepté de contracter une obligation de résultat à laquelle s'attendait les défendeurs (la patiente et son mari) »²⁶⁴. Bien qu'il y ait un début de réponse à la controverse, la Cour ne prenait pas réellement position pour les infections nosocomiales, cet arrêt concernant un cas de stérilisation qui avait échoué (*v. infra*).

²⁶⁰ *Ibidem*.

²⁶¹ Gand, 2 février 2012, *NjW*, 2013, p. 76, note S. GUILLIAMS, traduction personnelle.

²⁶² Civ. Flandre-Orientale (div. Audenarde), 20 septembre 2016, *Rev. dr. santé*, 2019, p. 279, note S. TACK et D. DELEFORTRIE, traduction personnelle.

²⁶³ Cass. (1^{ère} ch.), 14 décembre 2001, *J.T.*, 2002, p. 261, note C. TROUET.

²⁶⁴ Cass. (1^{ère} ch.), 15 janvier 2010, *R.C.J.B.*, 2010, p. 510, note J. KIRKPATRICK ; *Arr. cass.*, 2010, p. 186 ; *J.L.M.B.*, 2010, p. 728, NOTE G. GENICOT.

Il a fallu attendre le 5 septembre 2019 pour que la Cour de cassation fasse un timide pas vers le positionnement en déclarant que : « du constat qu'en dépit de mesures d'hygiène optimales, environ 70 pour cent des infections nosocomiales sont inévitables, le juge peut légalement déduire que le résultat de cette obligation présente un caractère aléatoire et, partant, légalement décider que celle-ci doit être qualifiée d'obligation de moyens, et non de résultat »²⁶⁵.

Selon la formule de G. GENICOT, « la Cour semble ne pas vouloir emprunter la voie d'une obligation de résultat »²⁶⁶.

§2. Doctrine

La doctrine semble elle aussi divisée.

1. Les auteurs opposés à la reconnaissance d'une obligation de résultat

Selon B. DE CONINCK, les décisions liégeoises allant dans le sens d'une obligation de résultat « s'écartent des critères habituellement retenus pour distinguer les obligations de moyens des obligations de résultat » et ce car la qualification en obligation de résultat ne repose « que sur une exigence de sécurité absolue qui tend à l'idéal de perfection, statuant alors en opportunité sur l'attribution des risques liés aux infections nosocomiales »²⁶⁷.

Selon lui, c'est au législateur de trancher pour savoir qui, du patient ou de l'hôpital / du médecin, va devoir supporter les risques²⁶⁸.

Selon B. DUBUISSON, l'équilibre entre les intérêts en présence serait rompu si on « mettait systématiquement à charge des établissements hospitaliers le poids de l'indemnisation des infections nosocomiales »²⁶⁹.

²⁶⁵ Cass. (1^{ère} ch.), 5 septembre 2019, *J.L.M.B.*, 2020, p. 1068, note G. GENICOT.

²⁶⁶ G. GENICOT, « Infections nosocomiales : une première approche stricte de la Cour de cassation », *J.L.M.B.*, 2020, p. 1069.

²⁶⁷ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge », *op. cit.*, pp. 240-241.

²⁶⁸ B. DE CONINCK, « Les infections nosocomiales. Rapport belge », *op. cit.*, p. 241.

²⁶⁹ B. DUBUISSON, « Les infections nosocomiales en droit comparé. Rapport de synthèse », *op. cit.*, p. 269.

Selon le même auteur, la qualification de cette obligation contractuelle en obligation de résultat est « critiquable car elle ne repose ni sur une analyse de l'intention commune des parties au contrat, ni sur une analyse objective de l'aléa inhérent à toute intervention (critères généralement utilisés pour une telle qualification), mais repose uniquement sur une exigence de sécurité absolue pour le patient dont on sait par avance qu'elle ne peut être satisfaite, le risque étant pour une part incompressible »²⁷⁰. De plus, cette qualification n'est justifiée que « sur la base d'une appréciation subjective des attentes légitimes du patient, dont on suppose qu'il n'a pas pu accepter le risque de sortir de l'hôpital avec une infection dont il n'était pas porteur en rentrant »²⁷¹.

Enfin, selon G. CHRISTIAENS, le patient ne doit pas être seul face à son dommage, mais transférer cette charge au médecin parce que c'est lui qui a créé le risque est « un raccourci à éviter »²⁷².

2. Les auteurs favorables à la reconnaissance d'une obligation de résultat

G. GENICOT se range du côté de l'obligation de sécurité de résultat, car « il se conçoit difficilement qu'une intervention ou une hospitalisation entraîne un dommage sans rapport avec le mal initial »²⁷³.

Le même auteur compare d'ailleurs la situation du patient à celle du voyageur, partie au contrat de transport. Son raisonnement est le suivant : le voyageur admet que son train ne soit pas à l'heure, ou que son voyage soit perturbé (ce qui est l'obligation principale de moyens du transporteur), mais il n'accepte pas que son voyage lui cause un dommage corporel sans rapport avec lui (c'est l'obligation accessoire de résultat du transporteur)²⁷⁴. De la même manière, le patient accepte que les soins n'atteignent pas le résultat espéré, mais pas que lesdits soins provoquent une nouvelle infection.

²⁷⁰ B. DUBUISSON, « Les infections nosocomiales en droit comparé. Rapport de synthèse », *op. cit.*, p. 285.

²⁷¹ B. DUBUISSON, « Les infections nosocomiales en droit comparé. Rapport de synthèse », *op. cit.*, p. 288.

²⁷² G. CHRISTIAENS, « Les infections nosocomiales : conséquence inadmissible ou risque inhérent à toute hospitalisation ? », *op. cit.*, p. 55.

²⁷³ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 509 ; voir aussi G. GENICOT, note sous Liège 20 juin 2017, *J.L.M.B.*, 2018, p. 1107.

²⁷⁴ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 509, note de bas de page n°501.

§3. Législation

Nous n'avons toujours pas de régime de responsabilité belge propre aux infections nosocomiales, bien que plusieurs travaux parlementaires aient abordé la question. En 2005, M. Yvan Mayeur, Mmes. Marie-Claire Lambert et Sophie Pécriaux, M. André Perpète et Mme. Valérie Déom, tous membres du Parti Socialiste, ont déposé une proposition de loi visant à ce que soient édictées des normes de sécurité et d'hygiène à l'égard des établissements de soins et établissant un mécanisme d'indemnisation des patients victimes d'infections nosocomiales. Dans leurs justifications, ils soutiennent que les infections nosocomiales se situent « à l'intersection entre les notions d'aléa thérapeutique et de mauvaise pratique médicale »²⁷⁵ et sont favorables à la mise en place d'un régime de responsabilité objective, proposant de retenir la responsabilité de l'hôpital, même lorsque celui-ci a respecté les normes d'hygiène prescrites²⁷⁶.

En 2010, lors des travaux préparatoires de la loi du 31 mars relative à l'indemnisation des dommages résultants des soins de santé²⁷⁷, Mme. Muriel Gerkens s'est rangée sur le même avis car « il est préférable de prévoir qu'a priori ce sont les hôpitaux qui sont responsables de maladies nosocomiales, sauf s'ils peuvent apporter la preuve du contraire »²⁷⁸. Mais dans les mêmes travaux préparatoires, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, a quant à elle déclaré que les infections nosocomiales étaient soumises au régime général d'indemnisation car prévoir le même système de présomption réfragable qu'en France reviendrait à « remettre sensiblement en cause l'équilibre du projet »²⁷⁹.

²⁷⁵ Proposition de loi visant à ce que soient édictées des normes de sécurité et d'hygiène à l'égard des établissements de soins et établissant un mécanisme d'indemnisation des patients victimes d'infections nosocomiales, *Doc. parl.*, sess. 2003-2004, doc. n°1565/001, p. 4.

²⁷⁶ Proposition de loi visant à ce que soient édictées des normes de sécurité et d'hygiène à l'égard des établissements de soins et établissant un mécanisme d'indemnisation des patients victimes d'infections nosocomiales, *Doc. parl.*, sess. 2003-2004, doc. n°1565/001, p. 6.

²⁷⁷ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19.913.

²⁷⁸ Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *Doc. parl.*, sess. 2009-2010, doc. n°2240/005, p. 3.

²⁷⁹ Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *Doc. parl.*, sess. 2009-2010, doc. n°2240/006, pp. 86-87.

Section 5. Droit comparé

§1^{er}. Le régime allemand

1. Législation

La législation allemande définit l'infection nosocomiale comme « une infection avec des signes d'infection locaux ou systémiques en réaction à la présence d'agents pathogènes ou de leurs toxines, qui est temporellement liée à une procédure médicale hospitalière ou ambulatoire, à condition que l'infection n'existe pas déjà »²⁸⁰.

En 2011, le législateur allemand a également mis en place une Commission anti-infections, chargée de la lutte contre ces infections, et dont les recommandations sont mises à jour selon les évolutions de la science²⁸¹.

2. Le régime de responsabilité

En Allemagne, contrairement à la France, la responsabilité des établissements en cas d'infection nosocomiale reste soumise au droit commun. Le patient a le choix entre l'action délictuelle fondée sur le §823, alinéa 1^{er} du *Bürgerliches Gesetzbuch*²⁸², et l'action contractuelle fondée sur le §280, alinéa 1^{er} du *Bürgerliches Gesetzbuch*²⁸³. C'est la seconde hypothèse qui est le plus souvent mise en œuvre²⁸⁴.

Mais il y a tout de même une règle spéciale en la matière : la victime d'une infection nosocomiale bénéficie d'une présomption de faute simple²⁸⁵. Et ce système fonctionne comme suit.

²⁸⁰ Loi (all.) du 20 juillet 2000 sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses chez l'homme (Loi sur la protection contre les infections - IfSG), §2, 8°, disponible sur [IfSG - Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen \(gesetze-im-internet.de\)](https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html), traduction personnelle, consulté le 2 août 2022.

²⁸¹ O. BERG, « Les infections nosocomiales. Rapport allemand », *op. cit.*, pp. 225-226.

²⁸² BGB, §823, al. 1^{er}.

²⁸³ BGB, §280, al. 1^{er}.

²⁸⁴ O. BERG, « Les infections nosocomiales. Rapport allemand », *op. cit.*, p. 226.

²⁸⁵ O. BERG, « Les infections nosocomiales. Rapport allemand », *op. cit.*, p. 226.

Tout d'abord, la Cour fédérale a dégagé une condition à remplir pour que cette présomption s'applique dans un arrêt de 1991 : le patient doit démontrer que l'infection dont il est victime trouve sa cause dans des risques « qui peuvent être maîtrisés par l'exploitant de l'hôpital »²⁸⁶.

Cette jurisprudence a été confirmée par un second arrêt du 20 mars 2007, où la Cour pose le principe des « risques parfaitement maîtrisables »²⁸⁷.

On voit à travers cette condition que le système allemand répond au besoin de protéger les patients en leur allégeant la charge de la preuve, tout en prenant en compte la statistique selon laquelle environ 70% des infections nosocomiales sont inévitables.

Dans un arrêt du tribunal de Munich du 27 août 2008, une patiente se plaint d'avoir contracté une Hépatite C à l'hôpital, mais son recours a été rejeté car son infection provenait d'un risque « qui n'est en fait pas entièrement contrôlable »²⁸⁸.

Si cette preuve est rapportée, le reste de la charge de la preuve pèse alors sur l'établissement et ce sera à lui de démontrer son absence de faute. D'après les juges de la Cour fédérale, c'est ce qui découle de la deuxième phrase du §280, alinéa 1^{er} BGB²⁸⁹.

²⁸⁶ BGH, 9 janvier 1991, disponible sur [Wolters Kluwer Online - BGH, 08.01.1991 - VI ZR 102/90 - Infektionsgefahr; Keime; Krankenhaus; Mitglied des Operationsteams; Erforderliche Vorkehrungen; Maßstab \(wolterskluwer-online.de\)](https://www.wolterskluwer-online.de/BGH/08.01.1991-VI-ZR-102/90-Infektionsgefahr;Keime;Krankenhaus;Mitglied-des-Operationsteams;Erforderliche-Vorkehrungen;Maßstab), traduction personnelle, consulté le 2 août 2022.

²⁸⁷ BGH, 20 mars 2007, disponible sur [Wolters Kluwer Online - BGH, 20.03.2007 - VI ZR 158/06 - Darlegungslast und Beweislast eines Arztes nach den Grundsätzen voll beherrschbarer Risiken bei einem Spritzenabszess des Patienten infolge einer Infektion durch eine als Keimträger feststehende Arzhelferin; Haftung des Praxisinhabers für Hygienemängel aufgrund einer Zurechnung des Verhaltens der Arzhelferin \(wolterskluwer-online.de\)](https://www.wolterskluwer-online.de/BGH/20.03.2007-VI-ZR-158/06-Darlegungslast-und-Beweislast-eines-Arzt-nach-den-Grundsätzen-voll-beherrschbarer-Risiken-bei-einem-Spritzenabszess-des-Patienten-infolge-einer-Infektion-durch-eine-als-Keimträger-feststehende-Arzhelferin;Haftung-des-Praxisinhabers-für-Hygienemängel-aufgrund-einer-Zurechnung-des-Verhaltens-der-Arzhelferin), traduction personnelle, consulté le 2 août 2022.

²⁸⁸ LG München, 28 août 2007, disponible sur [Wolters Kluwer Online - LG München I, 27.08.2008 - 9 O 13805/05 - Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld wegen Infektion mit Hepatitis C; Krankenhaus als tatsächlich nicht voll beherrschbarer Bereich; Verletzung hygienischer Standards und Anforderungen an Beweislastumkehr; Beweis ersten Anscheins \(prima facie\) bei Krankheitsbild als Folge verschiedener Ursachen \(wolterskluwer-online.de\)](https://www.wolterskluwer-online.de/LG-München-I/27.08.2008-9-O-13805/05-Anspruch-auf-Schadenersatz-und-Schmerzensgeld-wegen-Infektion-mit-Hepatitis-C;Krankenhaus-als-tatsächlich-nicht-voll-beherrschbarer-Bereich;Verletzung-hygienischer-Standards-und-Anforderungen-an-Beweislastumkehr;Beweis-ersten-Anscheins-(prima-facie)-bei-Krankheitsbild-als-Folge-verschiedener-Ursachen), traduction personnelle, consulté le 2 août 2022.

²⁸⁹ BGH, 20 mars 2007, *op. cit.*

Il s'agit bien d'un système de présomption *simple* puisque l'établissement peut se dégager de toute responsabilité s'il parvient à démontrer qu'il a « pris l'ensemble des mesures et précautions d'ordre organisationnel et technique qui s'imposent au regard de l'état de la science »²⁹⁰.

C'est ce principe que pose la Cour fédérale en déclarant que : « Les infections qui ont lieu en dépit des mesures d'hygiène adaptées, et pour des raisons qui ne sauraient être maîtrisées, font partie du risque non indemnisable du patient »²⁹¹.

§2. Le régime espagnol

En Espagne, le décret-royal législatif sur la protection des consommateurs et des utilisateurs²⁹² soumet les établissements sanitaires, aussi bien publics que privés, à un régime particulier de responsabilité civile.

En effet, en vertu de l'article 148 intitulé « régime spécial de responsabilité » qui complète l'article qui le précède, les services sanitaires, considérés comme incluant obligatoirement la garantie d'un certain niveau d'efficacité et de sécurité, sont soumis à une responsabilité objective²⁹³. Comme le formulent J. LETE et R. PAZOS, « sera réputé défectueux, le service qui n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre, compte tenu des conditions normales d'utilisation ou d'un usage raisonnablement prévisible »²⁹⁴.

En la matière, on peut également relever un arrêt rendu par le Tribunal suprême le 1^{er} juillet 1997 selon lequel, si l'infection nosocomiale est due à un service sanitaire défectueux, « le législateur impose que les risques soient assumés par le service de santé lui-même sous une

²⁹⁰ BGH, 20 mars 2007, *op. cit.*

²⁹¹ BGH, 9 janvier 1991, *op. cit.*

²⁹² Décret-royal législatif 1/2007, du 16 novembre 2007, approuvant le texte consolidé de la loi générale pour la défense des consommateurs et des utilisateurs et d'autres lois complémentaires (TRLGDCU), disponible sur [BOE 287 de 30/11/2007 Sec 1 Pag 49181 a 49215 \(uaipit.com\)](https://www.boe.es/boe-2007-11-16/BOE-A-2007-287.html), traduction personnelle, consulté le 1^{er} août 2022.

²⁹³ TRLGDCU, art. 148, disponible sur [BOE 287 de 30/11/2007 Sec 1 Pag 49181 a 49215 \(uaipit.com\)](https://www.boe.es/boe-2007-11-16/BOE-A-2007-287.html), traduction personnelle, consulté le 1^{er} août 2022.

²⁹⁴ J. LETE et R. PAZOS, « Les infections nosocomiales. Rapport espagnol » in *L'indemnisation des accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 245.

forme externe de responsabilité objective »²⁹⁵. Mais lorsque l'infection n'est pas due à un défaut des services sanitaires, alors l'établissement n'est pas responsable²⁹⁶.

Conclusion

Le système belge ne semble pas se diriger vers une qualification de l'obligation contractuelle de prévention des infections nosocomiales en obligation de résultat. Les courants dissidents en jurisprudence comme en doctrine se défendent tous deux puisque nous avons d'un côté la réticence légitime des médecins et hôpitaux à voir leur responsabilité engagée pour « un risque inévitable nonobstant les mesures de prévention d'hygiène », qu'il faut mettre en balance avec les revendications légitimes de patients frappés d'une infection indépendante de leur mal initial²⁹⁷.

Faire supporter automatiquement le risque au médecin ne semble pas maintenir cet équilibre, mais laisser le patient face à la lourde charge de la preuve d'une négligence du médecin ne semble pas équitable non plus. Comme le dit B. DUBUISSON, un système de présomption simple de faute, comme celui de l'article 1732 du Code civil²⁹⁸, paraît être le plus équitable²⁹⁹. Le législateur ainsi que les juges belges pourraient donc s'inspirer du système allemand.

Certes, notre droit prévoit un système d'indemnisation sans responsabilité reposant sur la collectivité, mis en place par la loi du 31 mars 2010³⁰⁰, mais le gros inconvénient de cette loi est qu'elle ne vise pas explicitement les infections nosocomiales (malgré qu'il soit clair que

²⁹⁵ Tribunal suprême es., 1^{er} juillet 1997, disponible sur [Consejo General del Poder Judicial: Buscador de contenidos](#), p. 3, traduction personnelle, consulté le 2 août 2022.

²⁹⁶ J. LETE et R. PAZOS, « Les infections nosocomiales. Rapport espagnol », *op. cit.*, p. 249.

²⁹⁷ P. MUYLEAERT, « Les maladies nosocomiales : état de la jurisprudence et questions actuelles », *op. cit.*, p. 90.

²⁹⁸ A. C. civ., art. 1732 (« [le locataire] répond des dégradations ou des pertes qui arrivent pendant sa jouissance, à moins qu'il ne prouve qu'elles ont eu lieu sans sa faute »).

²⁹⁹ B. DUBUISSON, « Infections nosocomiales en droit comparé. Rapport de synthèse », *op. cit.*, p. 288 ; B. DUBUISSON, « Questions choisies en droit de la responsabilité civile », *op. cit.*, p. 105.

³⁰⁰ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19.913.

telle était l'intention du législateur)³⁰¹. Et bien que la Cour constitutionnelle³⁰² ait confirmé que les infections nosocomiales ne sont pas exclues du champ d'application de la loi de 2010, force est de constater que le Fonds des Accidents Médicaux refuse d'indemniser les victimes d'infections nosocomiales³⁰³. La question de savoir si l'on est face à une obligation de moyens ou de résultat en matière d'infections nosocomiales conserve donc toute son importance.

Deux autres voies pourraient être empruntées par le patient victime d'une infection nosocomiale, pour éviter de se heurter à la controverse exposée ci-dessus. D'une part, il pourrait se retrancher derrière l'obligation de résultat concernant le matériel médical, mais encore faudra-t-il qu'il parvienne à démontrer que l'origine de l'infection nosocomiale est due à du matériel infecté (lien causal), ce qui semble ne pas être chose aisée. D'autre part, il pourrait passer par l'obligation d'information du médecin, mais comme exposé dans la Partie 3 de ce mémoire, le caractère de cette obligation est débattu, et la preuve du dommage (ne pas avoir reçu suffisamment d'information) ainsi que la preuve du lien causal (que le patient n'aurait pas accepté l'intervention s'il avait eu ces informations) sont également difficiles à rapporter³⁰⁴.

³⁰¹ Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *Doc. parl.*, sess. 2009-2010, doc. n°2240/006, pp. 28, 42 et 74 ; Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19.913, lue *a contrario*.

³⁰² Const., 30 novembre 2017, arrêt n°136/2017, disponible sur [Cour constitutionnelle - arrêt n° 136/2017 du 30 novembre 2017 - Strada lex](#), consulté le 4 août 2022.

³⁰³ G. VAN DOOSELAERE, « Le caractère anormal des dommages résultant des infections nosocomiales : état des lieux et étude prospective », *Con. M.*, 2018, p. 113.

³⁰⁴ Selon B. DUBUISSON, l'aptitude des parties à rapporter la preuve de l'inexécution peut également jouer un rôle dans l'appréciation du caractère que revêt l'obligation en litige (« Questions choisies en droit de la responsabilité civile », *op. cit.*, p. 109).

Chapitre 2. Les stérilisations

Section 1. Définitions

Une stérilisation est une opération chirurgicale destinée à « rendre incapable de procréer »³⁰⁵. Les deux techniques de stérilisation les plus connues sont la salpingectomie, et la vasectomie.

La salpingectomie est une opération de stérilisation destinée aux femmes, consistant en une ligature d'une des trompes de Fallope³⁰⁶, ou des deux³⁰⁷.

La vasectomie est une opération de stérilisation destinée aux hommes, consistant à sectionner les canaux déférents³⁰⁸.

Section 2. Position du problème en matière de responsabilité médicale

Lorsqu'une personne décide de subir une stérilisation, le but est d'éviter une grossesse. Mais que se passe-t-il si une femme tombe enceinte malgré une salpingectomie (ou une vasectomie chez son compagnon) ?

Lorsqu'un médecin stérilise un patient, ledit patient peut-il raisonnablement s'attendre à ce que l'opération ait effectivement atteint son objectif ? Il y a eu énormément de débats en doctrine comme en jurisprudence pour savoir si l'infécondité était une obligation de résultat ou non.

³⁰⁵ [stériliser : définition de stériliser et synonymes de stériliser \(français\) \(leparisien.fr\)](#), consulté le 5 août 2022.

³⁰⁶ Conduits qui transportent l'œuf, ou ovule, vers l'utérus, [Trompes de Fallope - Définition du mot Trompes de Fallope - Doctissimo](#), consulté le 5 août 2022.

³⁰⁷ [Salpingectomy | definition of salpingectomy by Medical dictionary \(thefreedictionary.com\)](#), traduction personnelle, consulté le 5 août 2022.

³⁰⁸ [Vasectomie — Wikipédia \(wikipedia.org\)](#) ; canaux qui transportent les spermatozoïdes, consulté le 5 août 2022.

Section 3. Obligations de moyens, ou de résultat ?

§1^{er}. Jurisprudence

1. Les vasectomies

a. A Anvers

La première décision à ce sujet vient du tribunal de première instance d'Anvers : « La science médicale est encore si incertaine que la plupart des obligations du médecin ne sont pas des obligations de résultat, mais des obligations de moyens. On a tout de même tendance à reconnaître quelques exceptions lorsque la science actuelle ne pose aucun problème pour atteindre le résultat visé, ce qui est le cas de la vasectomie »³⁰⁹. Selon le tribunal, le médecin a une obligation de résultat en matière de vasectomies.

Le même tribunal a répété cette jurisprudence en 1992, mais précise que le médecin doit démontrer que l'échec de la stérilisation ne provient pas d'une faute de sa part. En l'espèce, il y avait eu recanalisation spontanée, ce qui n'est effectivement pas une faute du médecin³¹⁰.

En 1994, la Cour d'appel d'Anvers déclare par contre que l'infécondité d'une vasectomie est une obligation de moyens car : « Il est bien connu qu'une recanalisation spontanée peut se produire avec une telle procédure de stérilisation »³¹¹. La même Cour confirme sa jurisprudence en 2002³¹².

b. Dans le reste du royaume

A Hasselt, le tribunal de première instance considère qu'il s'agit d'une obligation de résultat pour l'intervention et les contrôles post-opératoires, mais pas en cas de recanalisation « contre laquelle la science est apparemment impuissante »³¹³. Presque 15 ans plus tard, la Cour d'appel de Mons tient le même raisonnement³¹⁴.

³⁰⁹ Civ. Anvers, 17 janvier 1980, *T. Gez.*, 1980-1981, p. 34, traduction personnelle.

³¹⁰ Civ. Anvers, 26 février 1992, *R.G.D.C.*, 1993, p. 401, traduction personnelle.

³¹¹ Anvers, 15 juin 1994, *T. Gez.*, 1996, p. 358, note J. TER HEERDT, traduction personnelle ; confirmé le 17 janvier 1996, *R.W.*, 1996, pp. 325-326, traduction personnelle.

³¹² Anvers, 8 avril 2002, *N.j.W.*, 2002, p. 246.

³¹³ Civ. Hasselt, 23 octobre 1989, *R.G.D.C.*, 1990, p. 372.

³¹⁴ Mons, 16 octobre 2003, *R.G.A.R.*, 2005, n°13.998.

2. Les salpingectomies

Le tribunal de première instance de Courtrai a déclaré que : « En l'état actuel de la science et de la technologie, il existe toujours un risque de grossesse, bien qu'extrêmement minime. Dans ces conditions, le gynécologue n'a pas contracté d'obligation de résultat »³¹⁵. Le juge considère donc que c'est une obligation de moyens.

Le tribunal de première instance de Malines conclut quant à lui à une obligation de résultat³¹⁶. La Cour d'appel de Liège se rallie à l'obligation de moyens³¹⁷.

La Cour d'appel d'Anvers, allant dans le même sens que sa jurisprudence sur les vasectomies, déclare que : « l'obligation d'infécondité qui pèse sur le médecin qui effectue une stérilisation n'est pas une obligation de résultat »³¹⁸. Le tribunal de première instance d'Anvers suit cette jurisprudence en 2009³¹⁹.

La Cour d'appel de Liège déclare en 2008 que : « il peut arriver qu'un médecin contracte une obligation de résultat, notamment lorsque la volonté implicite des parties d'atteindre un résultat peut se déduire de la presque absence de caractère aléatoire du résultat de l'obligation. Un résultat certain à 100% n'est pas exigé pour reconnaître l'existence d'une obligation de résultat. Il suffit que le résultat recherché puisse être atteint raisonnablement par l'utilisation normale des moyens »³²⁰. Selon elle, l'intention implicite des parties se déduit du fait que le médecin a assuré n'avoir jamais connu d'échec, et n'a préconisé aucune contraception post-opératoire³²¹.

³¹⁵ Civ. Courtrai, 3 janvier 1989, *R.W.*, 1988-1989, p. 1171, traduction personnelle.

³¹⁶ Civ. Malines, 9 juin 1992, *T. Gez.*, 1996-1997, p. 376, traduction personnelle.

³¹⁷ Liège, 11 février 2002, *R.G.A.R.*, 2003, n°13.691.

³¹⁸ Anvers, 8 septembre 2003, *N.j.W.*, 2004, p. 558, note E. DE KEZEL.

³¹⁹ Civ. Anvers, 23 avril 2009, *Rev. dr. santé*, 2008, p. 227.

³²⁰ Liège, 17 avril 2008, *R.G.A.R.*, 2009, n°14.460, note J. KIRKPATRICK.

³²¹ J. KIRKPATRICK, « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens », *op. cit.*, p. 514.

En 2010, le jugement arrive devant la Cour de cassation, qui confirme la décision de la Cour d'appel : « Eu égard au caractère efficace de la méthode de stérilisation utilisée et au faible taux d'échec renseigné par la littérature spécialisée, le juge peut légalement déduire de ces constatations que le médecin a accepté de contracter une obligation de résultat à laquelle s'attendaient les patients »³²².

Il est important de préciser qu'ici, la Cour de cassation ne tranche pas la controverse, puisqu'elle ne fait que rappeler que le caractère de l'obligation dépend de l'aléa³²³. Si, en l'espèce, le médecin n'avait pas avoué avoir dit à la patiente qu'il n'a jamais connu ou entendu parler d'échec de cette technique de stérilisation, on aurait peut-être pu avoir un arrêt de principe dans lequel la Cour se serait rattachée à l'un ou l'autre courant.

Après le rejet du pourvoi du 15 janvier 2010, l'affaire est arrivée devant la Cour d'appel de Liège qui ne revient pas sur la qualification de l'obligation et confirme donc qu'elle est de résultat³²⁴.

§2. Doctrine

La majorité de la doctrine s'accorde pour dire que l'obligation d'infécondité qui pèse sur le médecin est bien une obligation de résultat.

Selon T. VANSWEEVELT, trois arguments justifient que l'obligation d'infécondité qui pèse sur le médecin en matière de stérilisation (masculine et féminine) est une obligation de résultat. Tout d'abord, le nombre de recanalisation spontanées (0,3%) et de femmes stérilisées qui sont tout de même tombées enceintes (0,2 à 0,4%) est très peu élevé (l'aléa semble donc faible, presque inexistant). De plus, l'obligation de résultat ne requiert pas une certitude dans le résultat, mais seulement que ce résultat puisse être raisonnablement atteint (ce qui est le cas ici, au vu des chiffres).

³²² Cass. (1^{ère} ch.), 15 janvier 2010, *R.C.J.B.*, 2010, p. 510, note J. KIRKPATRICK ; *J.L.M.B.*, 2010, p. 728, note G. GENICOT.

³²³ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, *op. cit.*, p. 426 ; S. PANIS, « De resultaatsverbintenissen van de arts bij sterilisatie: de impliciete wil van de partijen », *op. cit.*, pp. 234-235 ; G. GENICOT, « Obligation de moyens ou de résultat en matière de stérilisation : une occasion manquée de clarification », *op. cit.*, p. 731.

³²⁴ Liège, 3 décembre 2020, *J.L.M.B.*, 2022, p. 1044, note G. GENICOT.

Enfin, une telle qualification s'accorde avec l'équité car le patient n'aura pas la lourde charge de la preuve, et le médecin pourra démontrer facilement une cause étrangère libératoire (en démontrant qu'il a correctement exécuté l'opération ainsi que les soins post-opératoires)³²⁵.

D. VANDERMEERSCH se range à l'avis de l'auteur précité : « Il est raisonnable de supposer que le médecin est lié par un résultat, à savoir la stérilisation complète »³²⁶.

Concernant les vasectomies, H. NYS se range également à l'avis de T. VANSWEEVELT : « Etant donné le faible taux d'échec des vasectomies, que l'échec peut être constaté assez rapidement après l'intervention et que le contrôle des échecs est relativement simple par l'examen du sperme, le médecin a davantage les apparences contre lui en cas de naissance d'un enfant après l'échec d'une vasectomie »³²⁷.

H. NYS a par contre plus de réserves concernant les salpingectomies car selon lui, elles ne garantissent généralement pas une infécondité absolue et l'obligation d'infécondité supportée par le médecin ne doit donc être que de moyens³²⁸.

T. JER HEERDT n'est pas d'accord avec cette idée car selon elle, « elle ne va pas de soi puisque la jurisprudence montre que l'échec de la stérilisation féminine est généralement dû à un échec médical »³²⁹.

Conclusion

Au vu des chiffres rapportés concernant le faible taux d'échec des opérations de stérilisations féminines comme masculines, il semble qu'il ne soit pas déraisonnable ici d'imposer une obligation de résultat au médecin.

³²⁵ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile médicale du médecin et de l'hôpital*, op. cit., p. 80-81.

³²⁶ D. VANDERMEERSCH, « Medische fout, sterilisatie en medische experimentatie », *T.P.R.*, 1983, p. 851-852, traduction personnelle.

³²⁷ H. NYS, *La médecine et le droit*, op. cit., p. 153, n°359.

³²⁸ H. NYS, *La médecine et le droit*, op. cit., p. 153, n°358 ; voir aussi H. NYS, « Het kind en de rekening fout, schade en schadevergoeding naar aanleiding van een mislukte sterilisatie », *R.W.*, 1988-1989, p. 1158, traduction personnelle.

³²⁹ T. JER HEERDT, « Een heropflakking van de 'Wrongful Pregnancy Claim': enkele bedenkingen », *Rev. dr. santé*, 1996-1997, p. 361, traduction personnelle.

Il serait par contre important de prévoir une exception en cas de recanalisation spontanée après une opération de vasectomie car il est évident que ce risque, face auquel, rappelons-le, la science est impuissante, ne peut pas peser sur le médecin. La recanalisation spontanée devrait donc être systématiquement acceptée comme cause étrangère libératoire.

Enfin, comme pour les infections nosocomiales, le patient pourrait se retrancher derrière l'obligation d'information qui pèse sur le médecin mais encore une fois, le caractère de cette obligation est débattu, et il faudra que le patient arrive à démontrer que s'il avait eu les informations nécessaires, il aurait décidé de ne pas subir l'intervention.

Chapitre 3. La chirurgie esthétique

Pour clôturer cette partie, nous aborderons succinctement un dernier cas particulier : la chirurgie esthétique. Il y a effectivement eu des discussions quant au caractère de l'obligation qui pèse sur le chirurgien dans le cadre des opérations esthétiques, mais le débat a vite été clos pour des raisons qui semblent assez évidentes.

Section 1. Une obligation de résultat ?

Pour ces opérations, la jurisprudence et la doctrine se sont laissé influencer par l'apparition du critère de « faible utilité thérapeutique » du traitement³³⁰, au point d'en dégager une obligation de résultat lorsqu'il s'agit de chirurgie esthétique de « coquetterie » (par opposition à la chirurgie esthétique de restauration)³³¹.

Section 2. Seulement une obligation de moyens

Mais selon G. GENICOT, il n'y a pas lieu de « faire dépendre la portée et l'intensité de l'obligation pesant sur le médecin des motifs pour lesquels le patient se soumet à l'intervention »³³². Et comme le rappelle à très juste titre T. VANSWEEVELT, le caractère d'une

³³⁰ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, op. cit., p. 421.

³³¹ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, op. cit., p. 81, n°110.

³³² G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, op. cit., p. 421.

obligation dépend de la volonté des parties, et du caractère aléatoire du résultat escompté, et non du peu d'utilité thérapeutique du traitement³³³.

Il est clair qu'il est difficile de justifier que, simplement en raison du caractère « non-indispensable » de l'opération, le médecin aurait une obligation plus lourde qu'en cas d'opération médicale nécessaire. De plus, faire la différence entre l'opération de coquetterie et l'opération de restauration³³⁴ revient à décider si la caractéristique physique que le patient souhaite modifier le complexe suffisamment pour considérer qu'elle a un effet négatif sur son état de santé psychique. Or, qui peut décider de cela, si ce n'est la personne concernée.

La qualification en opération de convenance ou de restauration dépend également de l'évolution des mentalités. A titre d'exemple, dans un arrêt de 1969 concernant le décès d'un patient suite à une opération de changement de sexe, le tribunal correctionnel de Bruxelles a qualifié l'opération « d'artifice cosmétique ou vestimentaire auquel le patient avait recours pour ressembler à une femme », considérant ainsi que l'opération était purement de convenance³³⁵. Inutile de souligner qu'un tel raisonnement n'est plus d'actualité et ne serait plus accepté.

Le caractère esthétique nous semble par contre justifier une obligation d'information qui, elle, doit être de résultat. C'est d'ailleurs ce qui ressort de l'article 18 de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non-chirurgicale et de chirurgie esthétique³³⁶.

³³³ T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, op. cit., p. 83-84, n°113 ; voir aussi J. MATTHYS et G. BAETEMAN, « Overzicht van rechtspraak (1961-1964). Verbintenissen », *T.P.R.*, 1966, pp. 275-276, traduction personnelle ; H. ANRYS, *La responsabilité civile médicale*, op. cit., p. 126 ; Y.-H. LELEU, *Droit médical*, op. cit., p. 102 ; B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », op. cit., p. 149.

³³⁴ « La restauration a pour but de remédier à des imperfections physiques qui exercent une influence négative sur l'état psychique d'une personne », T. VANSWEEVELT, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, op. cit., p. 81, n°110.

³³⁵ Corr. Bruxelles, 27 septembre 1969, *J.T.*, 1969, p. 637.

³³⁶ Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non-chirurgicale et de chirurgie esthétique, art. 18, *M.B.*, 2 juillet 2013, p. 41511 ; voir aussi Civ. Bruxelles, 1^{er} avril 1993, *R.G.D.C.*, 1993, p. 490 ; Y.-H. LELEU, *Droit médical*, op. cit., pp. 102-103 ; B. DUBUISSON, « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite », op. cit., p. 149.

Le reste de la loi par contre ne semble pas imposer une obligation de résultat, contrairement à ce que certains juges ont pu déclarer dans les premiers arrêts en la matière³³⁷. Heureusement, la jurisprudence et la doctrine actuelle se sont ralliées au principe selon lequel le chirurgien a uniquement une obligation de moyens³³⁸.

³³⁷ Civ. Bruxelles, 28 janvier 1961, *R.C.J.B.*, 1965, p. 131, traduction personnelle ; Corr. Bruxelles, 27 septembre 1969, *J.T.*, 1969, p. 637 ; Civ. Tongres (4^e ch.), 6 octobre 1999, *T. Gez.*, 2001-2002, pp. 51-53 (le tribunal déclare que la patiente doit fonder son action contre le chirurgien esthétique sur l'article 1147 du Code civil – car ils sont dans le cadre d'une relation contractuelle –, traditionnellement rattaché aux obligations de résultat).

³³⁸ Cfr. note de bas de page n°143 et 144 ; Anvers (1^{ère} chambre), 14 avril 2008, *Rev. dr. santé*, 2008-2009, p. 312 ; Liège, 11 octobre 2007, *J.L.M.B.*, 2010, p. 734, note Q. VAN ENIS ; Civ. Anvers, 8 septembre 2009, *Bull.ass.*, 2011, p. 213 ; Gand (1^{ère} ch.), 9 février 2012, *Rev. dr. santé*, 2013-2014, p. 26, note I. VRANCKEN ; Mons, 13 novembre 2012, *R.G.A.R.*, 2013, n°14.954.

Conclusion

La place de l'obligation de résultat dans la responsabilité civile médicale est, comme nous l'avons vu, controversée. Il s'agit ici d'un exercice d'équilibriste qui met en balance les intérêts des patients et les intérêts du corps médical ; les premiers souhaitant être indemnisés, et les seconds ne souhaitant pas voir leur responsabilité civile engagée à tout bout de champ.

L'allègement de la charge de la preuve lorsque l'on est face à une obligation de résultat rend cette qualification attrayante pour le patient, qui n'aurait plus qu'à prouver que le médecin n'a pas atteint le résultat attendu.

A condition de décomposer le traitement médical en plusieurs actes, certaines interventions précises sont effectivement considérées par la majorité de la doctrine et de la jurisprudence comme étant des obligations de résultat. C'est le cas des obligations qui revêtent la qualification d'obligation de résultat par la loi ; c'est le cas des obligations que les parties ont décidé de qualifier expressément d'obligation de résultat ; et c'est le cas des obligations pour lesquelles l'atteinte du résultat escompté ne comporte pas de caractère aléatoire.

Bien qu'il paraisse avantageux que ces obligations aient été expressément qualifiées d'obligations de résultat, cette précision semble superficielle eu égard au caractère évident de l'éventuelle faute qui serait commise dans ces trois cas.

D'autres situations suscitent plus de controverse. C'est notamment le cas de l'obligation de sécurité qui pèse sur le médecin et/ou l'hôpital en cas d'infection nosocomiale. La question se pose de savoir s'il est acceptable que le patient sorte de l'hôpital avec une maladie qu'il n'avait pas en y entrant, tout en gardant en tête que, statistiquement parlant, les hôpitaux ne peuvent garantir l'asepsie qu'à 30%, subissant donc un solde de 70% de risque incontrôlable.

Le régime juridique réservé aux infections nosocomiales a d'abord été développé en France, qui lui a attribué la qualification d'obligation de résultat. Une partie de la jurisprudence belge a ensuite suivi le mouvement, mais cette idée n'a pas été adoptée par toutes les juridictions de fond et la Cour de Cassation n'ayant jamais mis un terme à la controverse, il y a toujours matière à discussion.

Bien que la solution qui semble la plus simple serait que le Fonds d'indemnisation des Accidents Médicaux couvre les dommages liés aux infections nosocomiales – ce qu'il a toujours refusé de faire malgré un arrêt de la Cour constitutionnelle confirmant que les infections nosocomiales entrent dans le champ d'application de la loi du 31 mars 2010 –, un système qui semble équitable serait de faire peser une présomption de faute simple sur le médecin, comme c'est le cas dans le régime allemand.

Les opérations de stérilisations sont, elles aussi, source de débat. La question dans cette situation sera de savoir si l'on peut légitimement attendre du médecin qu'il réussisse l'opération, et s'il peut donc être tenu pour responsable en cas de grossesse non-désirée. Bien que la jurisprudence et la doctrine distingue les vasectomies et les salpingectomies, la majorité des juges et des auteurs se rallie à l'idée que l'infécondité est bien une obligation de résultat, au vu du taux très faible d'échecs de ces opérations (0,3%).

Enfin, la chirurgie esthétique a également fait parler d'elle en la matière, car certains juges et auteurs considéraient que l'obligation de moyens du chirurgien plasticien était renforcée, voire transformée en obligation de résultat, en raison du caractère non-nécessaire de ces opérations. Mais le débat a été clos rapidement, au motif que les raisons qui poussent un patient à procéder à ce genre d'intervention ne sont pas un critère suffisant pour renforcer la responsabilité qui pèse sur le médecin. Il s'agit donc bien d'une obligation de moyens.

En conclusion, la transformation de l'obligation de moyens qui pèse sur le médecin en obligation de résultat doit être utilisée avec parcimonie, et les affaires d'accidents médicaux doivent être analysées au cas par cas. Une responsabilité trop lourde pesant sur les médecins risquerait de les rendre frileux à tout engagement qu'ils trouveraient risqué.

Comme le résume judicieusement G. GENICOT : « il convient de maintenir un délicat équilibre entre deux exigences tout aussi légitimes et nécessaires : l'indemnisation des victimes et la préservation des intérêts du corps médical, qui profite au demeurant aussi aux patients, puisqu'elle permet d'éviter la pusillanimité du praticien par crainte de conséquences juridiques trop sévères »³³⁹.

³³⁹ G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, op. cit., p. 510.

Bibliographie

Législation

Législation belge :

Normes :

- ✕ A. C. Civ., art. 1102 ; art. 1134 ; art. 1137 ; art. 1147 ; art. 1382 ; art. 1384 ; art. 1732 ; art. 2241.
- ✕ C. civ., art. 5.72.
- ✕ C. pén., art. 204 ; art. 321 ; art. 422*bis* ; art. 458.
- ✕ Loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectants ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.*, 6 mars 1921, p. 1834.
- ✕ Loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes, *M.B.*, 14 février 1987, p. 2129.
- ✕ Loi du 3 avril 1990 concernant l'interruption de grossesse, *M.B.*, 5 avril 1990, p. 6379.
- ✕ Loi du 25 février 1991 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux, *M.B.*, 16 juin 2011, p. 35804.
- ✕ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.
- ✕ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010, p. 19913.

- ✂ Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non-chirurgicale et de chirurgie esthétique, *M.B.*, 2 juillet 2013, p. 41511.
- ✂ Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions liées aux soins de santé, *M.B.*, 18 juin 2015, p. 35172.
- ✂ AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964, p. 11.709.
- ✂ AR du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, *M.B.*, 25 décembre 1987, p. 19.511.

Travaux préparatoires :

- ✂ Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *Doc. parl.*, sess. 2009-2010, doc. n°2240/005.
- ✂ Projet de loi relatif à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, *Doc. parl.*, sess. 2009-2010, doc. n°2240/006.
- ✂ Proposition de résolution visant à lutter systématiquement contre les infections nosocomiales, *Doc. parl.*, sess. 2003-2004, doc. n°0558/001.
- ✂ Proposition de loi visant à ce que soient édictées des normes de sécurité et d'hygiène à l'égard des établissements de soins et établissant un mécanisme d'indemnisation des patients victimes d'infections nosocomiales, *Doc. parl.*, sess. 2003-2004, doc. n°1565/001.

Législation étrangère :

France :

- ✂ Loi (fr.) du 2 mars 2002 relative aux droits du patient, art. L.1142-1, §1^{er}, al. 2.
- ✂ Circulaire (fr.) du 13 octobre 1988 relative à l'organisation de la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, disponible sur [beh 46 1988.pdf \(santepubliquefrance.fr\)](#), consulté le 28 juillet 2022.

Allemagne :

- ✂ BGB (all.), §280 ; §823.
- ✂ Loi (all.) du 20 juillet 2000 sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses chez l'homme (Loi sur la protection contre les infections - IfSG), disponible sur [IfSG - Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen \(gesetze-im-internet.de\)](#), consulté le 2 août 2022.

Espagne :

- ✂ TRLGDCU (es.), art. 148, disponible sur [BOE 287 de 30/11/2007 Sec 1 Pag 49181 a 49215 \(uaipit.com\)](#), consulté le 1^{er} août 2022.
- ✂ Décret-royal législatif 1/2007 (es.), du 16 novembre 2007, approuvant le texte consolidé de la loi générale pour la défense des consommateurs et des utilisateurs et d'autres lois complémentaires (TRLGDCU), disponible sur [BOE 287 de 30/11/2007 Sec 1 Pag 49181 a 49215 \(uaipit.com\)](#) consulté le 1^{er} août 2022.

Jurisprudence

Jurisprudence belge :

Cours suprêmes :

- ✂ Const., 30 novembre 2017, arrêt n°136/2017, disponible sur [Cour constitutionnelle - arrêt n° 136/2017 du 30 novembre 2017 - Strada lex](#), consulté le 4 août 2022.
- ✂ Cass., 26 février 1962, *Pas.*, 1962, p. 723.
- ✂ Cass., 4 novembre 1963, *Pas.*, 1964, p. 244.
- ✂ Cass., 4 octobre 1973, *J.T.*, 1974, p. 296.
- ✂ Cass., 7 décembre 1973, *Pas.*, 1974, p. 374.
- ✂ Cass., 13 mai 1982, *Pas.*, 1981, p. 1134.
- ✂ Cass., 3 mai 1984, *Pas.*, 1984, p. 1147, concl. E. KRINGS.
- ✂ Cass., 13 mai 1987, *Pas.*, 1987, p. 1203.
- ✂ Cass., 26 octobre 1990, *Pas.*, 1991, p. 216.
- ✂ Cass., 23 janvier 1991, *Pas.*, 1991, p. 493, concl. M. DU JARDIN.
- ✂ Cass., 7 février 1992, *Pas.*, 1992, p. 503.
- ✂ Cass., 28 septembre 1995, *Rev. dr. santé*, 1995-1996, p. 359, note S. CALLENS.
- ✂ Cass., 19 octobre 1995, *Pas.*, 1995, p. 932.
- ✂ Cass. (1^{ère} ch.), 14 décembre 2001, *J.T.*, 2002, p. 261, note C. TROUET.
- ✂ Cass., 16 décembre 2004, *Rev. dr. santé*, 2004-2005, p. 299, note S. LIERMAN.
- ✂ Cass., 26 juin 2009, *R.G.D.C.*, 2012, p. 309, note R. D'HAESE.

- ✕ Cass. (1^{ère} ch.), 15 janvier 2010, *Arr. Cass.*, 2010, p. 186 ; *R.C.J.B.*, 2010, p. 507, note J. KIRKPATRICK ; *J.L.M.B.*, 2010, p. 728, note G. GENICOT.
- ✕ Cass., 25 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.219, note F. GLANSDORFF.
- ✕ Cass. (1^{ère} ch.), 5 septembre 2019, *J.L.M.B.*, 2020, p. 1068, note G. GENICOT.

Cours d'appel :

- ✕ Bruxelles, 6 janvier 1951, *R.W.*, 1950-1951, p. 944.
- ✕ Bruxelles, 12 février 1957, *Pas.*, 1958, p. 1.
- ✕ Bruxelles, 21 juin 1967, *J.T.*, 1968, p. 27.
- ✕ Mons, 4 novembre 1980, *R.G.A.R.*, 1982, n°10.467.
- ✕ Anvers, 29 juin 1992, *T. Gez.*, 1994-1995, p. 20, note D. FRERIKS.
- ✕ Anvers, 15 juin 1994, *T. Gez.*, 1996, p. 358, note J. TER HEERDT.
- ✕ Anvers, 5 avril 1995, *T. Gez.*, 1996, p. 192, note Y. VERMYLEN.
- ✕ Liège, 20 décembre 1995, *Rev. dr. santé*, 1996-1997, p. 271.
- ✕ Anvers, 17 janvier 1996, *R.W.*, 1996, p. 325.
- ✕ Liège, 23 décembre 1997, *R.G.A.R.*, 1999, n°13.168.
- ✕ Mons, 29 juin 1998, *J.L.M.B.*, 1999, p. 307.
- ✕ Anvers, 22 février 1999, *A.J.T.*, 1999-2000, p. 481.
- ✕ Anvers, 15 mars 1999, *Rev. dr. santé*, 2000-2001, p. 223.
- ✕ Gand, 5 avril 2000, *Bull. ass.*, 2001, p. 810.
- ✕ Liège, 4 janvier 2001, *Rev. dr. santé*, 2002-2003, p. 330.

- ✕ Liège, 11 février 2002, *R.G.A.R.*, 2003, n°13.691.
- ✕ Anvers, 8 avril 2002, *N.j.W.*, 2002, p. 246.
- ✕ Anvers, 8 septembre 2003, *N.j.W.*, 2004, p. 558, note E. DE KEZEL.
- ✕ Mons, 16 octobre 2003, *R.G.A.R.*, 2005, n°13.998.
- ✕ Anvers, 2 mai 2005, *Rev. dr. santé*, 2006-2007, p. 199.
- ✕ Liège, 27 septembre 2006, *R.G.A.R.*, 2009, n°14.479.
- ✕ Liège (20^e ch.), 15 novembre 2006, *R.G.A.R.*, 2008, n°14.352.
- ✕ Anvers, 27 novembre 2006, *Rev. dr. santé*, 2008-2009, p. 132.
- ✕ Gand (1^{ère} ch.), 27 septembre 2007, *Rev. dr. santé*, 2008-2009, p. 404, note T.V.
- ✕ Liège, 11 octobre 2007, *J.L.M.B.*, 2010, p. 734, note Q. VAN ENIS.
- ✕ Mons, 10 avril 2008, *Bull. ass.*, 2008, p. 430.
- ✕ Anvers (1^{ère} chambre), 14 avril 2008, *Rev. dr. santé*, 2008-2009, p. 312.
- ✕ Liège, 17 avril 2008, *R.G.A.R.*, 2009, n°14.460, note J. KIRKPATRICK.
- ✕ Liège (20^e ch.), 18 juin 2008, *J.L.M.B.*, 2010, p. 745.
- ✕ Bruxelles, 7 novembre 2008, *R.G.A.R.*, 2009, n°14.504.
- ✕ Bruxelles, 1^{er} juin 2010, *R.G.A.R.*, 2011, n°14.735.
- ✕ Liège, 31 mars 2011, *J.L.M.B.*, 2012, p. 1082, note G. GENICOT.
- ✕ Gand, 2 février 2012, *NjW*, 2013, p. 76, note S. GUILLIAMS.
- ✕ Gand (1^{ère} ch.), 9 février 2012, *Rev. dr. santé*, 2013-2014, p. 26, note I. VRANCKEN.
- ✕ Bruxelles, 28 février 2012, *R.G.A.R.*, 2012, n°14.925.

- ✕ Anvers (1^{ère} ch.), 19 mars 2012, *Rev. dr. santé*, 2014-2015, p. 29.
- ✕ Liège, 18 octobre 2012, *J.T.*, 2012, p. 776.
- ✕ Mons, 13 novembre 2012, *R.G.A.R.*, 2013, n°14.954.
- ✕ Liège (20^e ch.), 15 novembre 2012, *J.L.M.B.*, 2013, p. 788.
- ✕ Mons, 6 décembre 2013, *J.L.M.B.*, 2014, p. 1726.
- ✕ Liège (20^e ch.), 9 janvier 2014, *J.L.M.B.*, 2014, p. 1734.
- ✕ Liège, 18 septembre 2014, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.169, note B. DE CONINCK.
- ✕ Liège (20^e ch.), 18 mai 2016, *R.G.* n°2015/234, disponible sur [ECLI:BE:CALIE:2016:ARR.20160518.9 \(juportal.be\)](https://ecli.be/CALIE:2016:ARR.20160518.9), consulté le 6 août 2022.
- ✕ Liège, 16 mars 2017, *J.L.M.B.*, 2018, p. 1097.
- ✕ Liège, 20 juin 2017, disponible sur [Cour d'appel de Liège - arrêt n° F-20170620-7 \(2015/RG/1597\) du 20 juin 2017 - Strada lex](https://www.courappel.be/decisions/2017/20170620-7), consulté le 4 août 2022.
- ✕ Liège, 20 juin 2017, *J.L.M.B.*, 2018, p. 1103, note G. GENICOT.
- ✕ Gand, 21 décembre 2017, *T. Gez.*, 2019-2020, p. 196.
- ✕ Liège, 3 décembre 2020, *J.L.M.B.*, 2022, p. 1044, note G. GENICOT.

Tribunaux de Première Instance :

- ✕ Civ., Bruxelles, 6 février 1946, *J.T.*, 1946, p. 304.
- ✕ Civ. Courtrai, 23 juin 1960, *R.W.*, 1961-1962, p. 1812.
- ✕ Civ. Bruxelles, 28 janvier 1961, *R.C.J.B.*, 1965, p. 131.
- ✕ Civ. Anvers, 18 mai 1962, *R.G.A.R.*, 1962, p. 7078.
- ✕ Civ. Anvers, 18 mai 1962, *R.G.A.R.*, 1963, p. 7078.

- ✕ Civ. Hasselt, 3 avril 1973, *R.G.A.R.*, 1974, n°9218.
- ✕ Civ. Anvers, 17 janvier 1980, *T. Gez.*, 1980-1981, p. 34.
- ✕ Civ. Coutrai, 3 janvier 1989, *R.W.*, 1988-1989, p. 1171.
- ✕ Civ. Hasselt, 23 octobre 1989, *R.G.D.C.*, 1990, p. 372.
- ✕ Civ. Charleroi, 20 février 1990, *R.G.A.R.*, 1992, n°12.074.
- ✕ Civ. Anvers, 26 février 1992, *R.G.D.C.*, 1993, p. 401.
- ✕ Civ. Malines, 9 juin 1992, *T. Gez.*, 1996-1997, p. 376.
- ✕ Civ. Bruxelles, 1^{er} avril 1993, *R.G.D.C.*, 1993, p. 490.
- ✕ Civ. Bruxelles, 17 novembre 1995, *R.G.A.R.*, 1997, n°12.751.
- ✕ Civ. Anvers, 29 janvier 1997, *T. Gez.*, 1997-1998, p. 352.
- ✕ Civ. Louvain, 10 février 1998, *R.G.D.C.*, 1998, p. 163.
- ✕ Civ. Bruxelles, 1^{er} octobre 1998, *R.G.*, n°9483/90.
- ✕ Civ. Courtrai, 4 décembre 1998, *T. Verz.*, 2007, p. 108.
- ✕ Civ. Courtrai, 4 décembre 1998, *T. Verz.*, 2007, p. 107.
- ✕ Civ. Courtrai, 4 décembre 1998, *T. Verz.*, 2007, p. 107.
- ✕ Civ. Tongres (4^e ch.), 6 octobre 1999, *T. Gez.*, 2001-2002, pp. 51-53.
- ✕ Civ. Liège, 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, n°13573.
- ✕ Civ. Liège (6^e ch.), 7 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2002, n°13573.
- ✕ Civ. Liège (6^e ch.), 17 janvier 2005, *J.L.M.B.*, 2006, p. 1185.
- ✕ Civ. Bruxelles, 21 mars 2006, *Rev. dr. santé*, 2009, p. 138.

- ✕ Civ. Anvers, 23 avril 2009, *Rev. dr. santé*, 2008, p. 227.
- ✕ Civ. Anvers, 8 septembre 2009, *Bull.ass.*, 2011, p. 213.
- ✕ Civ. Liège (6^e ch.), 30 novembre 2009, *J.L.M.B.*, 2010, p. 748.
- ✕ Civ. Bruxelles (71^e ch.), 7 janvier 2010, *J.L.M.B.*, 2010, p. 752.
- ✕ Civ. Liège (6^e ch.), 18 janvier 2011, *J.L.M.B.*, 2013, p. 792.
- ✕ Civ., Bruxelles, 17 octobre 2011, *J.L.M.B.*, 2012, p. 1101.
- ✕ Civ. Bruxelles, 21 novembre 2011, *J.L.M.B.*, 2013, p.797.
- ✕ Civ. Bruxelles (11^e ch.), 11 juin 2012, *Con. M.*, 2012, p. 154.
- ✕ Civ. Bruxelles (11^e ch.), 28 janvier 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, p. 133, note G. GENICOT.
- ✕ Civ. Anvers, 19 juin 2015, *Rev. dr. santé*, 2018-2019, p. 183, note S. CALLENS et N. VAN GOMPEL.
- ✕ Civ. Bruxelles (8^e ch.), 24 décembre 2015, *Rec. jur. ass.*, 2015, p. 43, note A. GILLE.
- ✕ Civ. Bruxelles, (77^e ch.), 5 avril 2016, *R.G.D.C.*, 2017, p. 424.
- ✕ Civ. Bruxelles (77^e ch.), 5 avril 2016, *R.G.D.C.*, 2017, p. 424.
- ✕ Civ. Flandre-Orientale (div. Audenarde), 20 septembre 2016, *Rev. dr. santé*, 2019, p. 279, note S. TACK et D. DELEFORTRIE.
- ✕ Civ. Bruxelles, 22 février 2019, *Rev. dr. santé*, 2020-2021, p. 165, note T. BALTHAZAR.
- ✕ Civ. Flandre-Orientale (div. Gand, 1^{ère} ch.), 30 septembre 2019, *Rev. dr. santé*, 2021-2022, p. 151, note L. VANHOFF.
- ✕ Corr. Bruxelles, 5 mai 1951, *J.T.*, 1951, p. 369.
- ✕ Corr. Liège, 2 mars 1965, *J.T.*, 1965, p. 624.

- ✕ Corr. Liège, 2 mars 1965, *J.T.*, 1965, p. 624.
- ✕ Corr. Liège, 2 mars 1965, *J.T.*, 1965, p. 624.
- ✕ Corr. Bruxelles, 27 septembre 1969, *J.T.*, 1969, p. 637.
- ✕ Corr. Bruxelles, 27 septembre 1969, *J.T.*, 1969, p. 637
- ✕ Corr. Bruges, 15 janvier 1990, *T. Gez.*, 1990-1991, p. 292.
- ✕ Corr. Bruges, 20 septembre 1991, *T. Gez.*, 1993-1994, p. 375-376.
- ✕ Corr. Marche-en-Famenne, 10 juillet 1997, *J.L.M.B.*, 1997, p. 1173.

Jurisprudence française :

- ✕ Cass. fr., 21 août 1839, S., 1839, p. 663, note L. DEVILLENEUVE.
- ✕ Cass. fr. (ch. civ.), 20 mai 1936, disponible sur [Cour de cassation, Chambre civile, 20 mai 1936 | Doctrine](#) consulté le 26 juillet 2022.
- ✕ Cass. fr., 17 décembre 1954, *D.*, 1955, p. 269, note R. RODIÈRE.
- ✕ Cass. fr., 4 février 1959, *D.*, 1959, p. 153, note P. ESMEIN.
- ✕ Cass. fr. (1^{ère} ch.), 12 novembre 1985, *Bull. civ.*, n°198, p. 264.
- ✕ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 28 juin 1989, *D.*, 1990, p. 413, note Y. DAGORNE-LABBÉ.
- ✕ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 16 juin 1998, *D.*, 1999, p. 653, note V. THOMAS.
- ✕ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 29 juin 1999, *Gaz. Pal.*, 29-30 octobre 1999, p. 37 note J. GUIGUE.
- ✕ Cass. fr. crim., 30 juin 1999, *Gaz. Pal.*, 1999, p. 19.
- ✕ Cass. fr., 9 novembre 1999, disponible sur [Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 9 novembre 1999, 98-10.010, Publié au bulletin – Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#), consulté le 4 août 2022.

- ✂ Cass. fr., 8 novembre 2000, *J.C.P.*, 2001, n°10.493, p. 603, n°8.
- ✂ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 13 février 2001, *D.*, 2001, p. 3083, note J. PENNEAU.
- ✂ Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 12 juillet 2012, disponible sur [Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 12 juillet 2012, 11-17.510, Publié au bulletin - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2012/07/12/jo/12-17510), consulté le 4 août 2022.
- ✂ C.E. fr., 27 janvier 1982, *D.*, 1982, p. 275, note J. PENNEAU.
- ✂ C.E. fr., 17 janvier 1988, *D.*, 1988, p. 70.
- ✂ C.E. fr., 9 décembre 1988, *D.*, 1989, p. 347-348, note F. MODERNE et P. BON.
- ✂ C.E. fr., 6 juin 1996, *D.*, 1999, somm., p. 395.
- ✂ T.G.I. Metz (1^{ère} ch. civ.), 12 août 1998, *Gaz. Pal.*, 7-8 mai 1999, p. 26.
- ✂ Lyon, 27 juin 1913, *D.*, 1914, p. 73.
- ✂ Toulouse, 14 décembre 1959, *J.C.P.*, 1960, p. 11.402, note R. SAVATIER.
- ✂ Lyon, 13 mars 1997, *D.*, 1997, p. 557, note E. SERVERIN.

Autres :

- ✂ Cour eur. D.H., 8 juillet 2004, *R.W.*, 2005-2006, p. 368.
- ✂ Cass. lux., 31 janvier 2013, disponible sur [CIV130131_3099a-8 \(public.lu\)](https://public.lu/CIV130131_3099a-8), consulté le 2 août 2022.
- ✂ BGH, 9 janvier 1991, disponible sur [Wolters Kluwer Online - BGH, 08.01.1991 - VI ZR 102/90 - Infektionsgefahr; Keime; Krankenhaus; Mitglied des Operationsteams; Erforderliche Vorkehrungen; Maßstab \(wolterskluwer-online.de\)](https://www.wolterskluwer-online.de), consulté le 2 août 2022.

- ✂ BGH, 20 mars 2007, disponible sur [Wolters Kluwer Online - BGH, 20.03.2007 - VI ZR 158/06 - Darlegungslast und Beweislast eines Arztes nach den Grundsätzen voll beherrschbarer Risiken bei einem Spritzenabszess des Patienten infolge einer Infektion durch eine als Keimträger feststehende Arzthelferin; Haftung des Praxisinhabers für Hygienemängel aufgrund einer Zurechnung des Verhaltens der Arzthelferin \(wolterskluwer-online.de\)](#), consulté le 2 août 2022.

- ✂ LG München, 28 août 2007, disponible sur [Wolters Kluwer Online - LG München I, 27.08.2008 - 9 O 13805/05 - Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld wegen Infektion mit Hepatitis C; Krankenhaus als tatsächlich nicht voll beherrschbarer Bereich; Verletzung hygienischer Standards und Anforderungen an Beweislastumkehr; Beweis ersten Anscheins \(prima facie\) bei Krankheitsbild als Folge verschiedener Ursachen \(wolterskluwer-online.de\)](#), consulté le 2 août 2022.

- ✂ Tribunal suprême es., 1^{er} juillet 1997, disponible sur [Consejo General del Poder Judicial: Buscador de contenidos](#), consulté le 2 août 2022.

Doctrine

- ✂ ABERKANE P., *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*, Bruxelles, Larcier, 2013.

- ✂ ANRYS H., *La responsabilité civile médicale*, Bruxelles, Larcier, 1974.

- ✂ ASSER C. et RUTTEN L., *Verbintenissenrecht 2 : algemene leer der overeenkomst*, Zwolle, Tjeenk Wilink, 1975.

- ✂ BAEYENS A., « Bij het afleveren van een prothese rust er op de orthopedist-afleveraar een resultaatsverbintenis », *T. Gez.*, 1997-1998, pp. 353-355.

- ✂ BAZIER P., *L'intuitus personae dans les contrats*, Liège, Kluwer, 2020.

- ✕ BERG O., DE CONINCK B., LETE J. et PAZOS R., BOURDOISEAU J., V. FORTI et DUBUISSON B., « Les infections nosocomiales » in *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 225-289.
- ✕ CHABAS F., « Les infections nosocomiales : responsabilité en droit privé et en droit public », *Gaz. Pal.*, 21-23 avril 2002, pp. 2-4.
- ✕ CHANNOUI S., « Matériels et dispositifs médicaux : ni plus ni moins qu'une obligation de moyens », *Bull. ass.*, 2021, pp. 290-293.
- ✕ CHRISTIAENS G., « Les infections nosocomiales : conséquence inadmissible ou risque inhérent à toute hospitalisation ? », *J.L.M.B.*, 2013, pp. 53-55.
- ✕ DALCQ R.-O., *Traité de responsabilité civile*, Bruxelles, Larcier, 1928.
- ✕ DALCQ R.-O., « La responsabilité des professions libérales », *J.T.*, 1964, pp. 101-105.
- ✕ DALCQ R.-O., « A propos des infections nosocomiales », *Rev. dr. santé.*, 1999-2000, pp. 3-7.
- ✕ DE CONINCK B., « Infections nosocomiales : obligation de moyens ou de résultat ? », *R.G.A.R.*, n°15.169.
- ✕ DE PAGE H., *Traité de droit civil belge. Tome II : Les obligations*, v. I, Bruxelles, Bruylant, 2013.
- ✕ DE RODE H., « Responsabilité médicale : questions incontournables », *Con. M.*, 2017, pp. 176-184.
- ✕ DEMOGUE R., *Traité des obligations en général*, t. V., Paris, Rousseau, 1925.
- ✕ DEMOGUE R., obs. sous Cass. fr., 20 mai 1936, *R.T.D. civ.*, 1936, pp. 675-707.
- ✕ DIEUX X., *Le respect dû aux anticipations légitimes d'autrui : essai sur la genèse d'un principe général de droit*, Bruxelles, Bruylant, 1995.

- ✕ DUBUISSON B., « Questions choisies en droit de la responsabilité civile » in *La théorie générale des obligations*, Liège, CUP, 1998, pp. 93-166.
- ✕ DUBUISSON B., « Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite » in *Etats généraux du droit médical et du dommage corporel*, Liège, Anthémis, 2018, pp. 125-168.
- ✕ FROSSARD J., *La distinction des obligations de moyens et des obligations de résultat*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 1965.
- ✕ GENICOT G., « Les infections nosocomiales : la responsabilité médicale au milieu du gué », *J.L.M.B.*, 2010, pp. 755-761.
- ✕ GENICOT G., *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016.
- ✕ GENICOT G., note sous Liège 20 juin 2017, *J.L.M.B.*, 2018, p. 1107.
- ✕ GENICOT G., « Infections nosocomiales : une première approche stricte de la Cour de cassation », *J.L.M.B.*, 2020, pp. 1068-1069.
- ✕ GLANSDORFF F., note sous Cass., 25 Cass., 25 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, n°15.219.
- ✕ HARICHAUX M., « L'obligation du médecin de respecter les données de la science », *Semaine juridique*, 1987, n°3306.
- ✕ HENNEAU-HUBLET C., *L'activité médicale et le droit pénal*, Bruxelles, Bruylant, 1987.
- ✕ HENRY P., « Le médecin face au droit » in *Médecine et droit*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2007, pp. 23-47.
- ✕ HEYLEN R., « De aansprakelijkheid in de Recovery, organiseerbaarheid versus veiligheid : schudt de « ontwaakrechtspraak » de anesthesisten wakker? », *T. Gez.*, 1986, pp. 286-296.

- ✕ HOCQUET-BERG S., « Les médecins sont tenus d’une obligation de sécurité – résultat. Commentaire du jugement du tribunal de grande instance de Metz du 12 août 1998 », *Gaz. Pal.*, 7-8 mai 1999, doctrine, pp. 20-25.

- ✕ HOCQUET-BERG S., « Commentaire des arrêts rendus par la première chambre civile de la Cour de cassation le 29 juin 1999 en matière d’infection nosocomiale », *Gaz. Pal.*, 5-6 avril 2000, pp. 13-16.

- ✕ JER HEERDT T., « Een heropflakking van de ‘Wrongful Pregnancy Claim’: enkele bedenkingen », *Rev. dr. santé*, 1996-1997, pp. 359-365.

- ✕ JOURDAIN P., note sous Cass. fr. (1^{ère} ch. civ.), 29 juin 1999, *R.T.D. civ.*, 1999, pp. 840-851.

- ✕ KIRKPATRICK J., « L’article 1315 du Code civil et la preuve des faits négatifs », *R.C.J.B.*, 1959, pp. 46-64.

- ✕ KIRKPATRICK J., « Réflexions sur la charge de la preuve en matière de responsabilité médicale et sur la distinction entre obligations de résultat et obligations de moyens », *R.C.J.B.*, 2010, pp. 513-529.

- ✕ LANGENAKEN E., « Les infections nosocomiales : un revirement de jurisprudence des juridictions liégeoises », *Con. M.*, 2013, pp. 90-99.

- ✕ LELEU Y.-H., *Droit médical*, Bruxelles, Larcier, 2005.

- ✕ LEMMENS C., « Het al dan niet vermijdbaar karakter van nosocomiale infecties en de impact daarvan op de verbintenissen van de zorgverlener », *T. Gez.*, 2012-2013, pp. 362-380.

- ✕ LUTTE I., « Aspect médico-légal des infections nosocomiales » in *La responsabilité médicale*, Bruxelles, *Juridoc*, 2003, pp. 65-91.

- ✕ LUTTE I., « Littérature scientifique et aléa médical : quel lien ? » in *Nouveaux dialogues en droit médical*, Liège, Anthémis, 2012, pp. 63-86.

- ✕ MARLIN W., « Le danger : la ‘glissade’ vers l’obligation de résultat » in *Deuxième Congrès International de Morale Médicale*, Paris, 1966, pp. 305-307.
- ✕ MATTHYS J. et BAETEMAN G., « Overzicht van rechtspraak (1961-1964). Verbintenissen », *T.P.R.*, 1966, pp. 225-299.
- ✕ MAZEAUD H., « Essai de classification des obligations », *R.T.D. civ.*, 1936, pp. 1-58.
- ✕ MÉMETEAU G., *Traité de la responsabilité civile médicale*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 1996.
- ✕ MUYLEAERT P., « Les maladies nosocomiales : état de la jurisprudence et questions actuelles », *Con. M.*, 2012, pp. 87-91.
- ✕ NYS H., « Het kind en de rekening fout, schade en schadevergoeding naar aanleiding van een mislukte sterilisatie », *R.W.*, 1988-1989, pp. 1156-1162.
- ✕ NYS H., *La médecine et le droit*, Diegem, Kluwer, 1995.
- ✕ PANIS S., « De resultaatsverbintenis van de arts bij sterilisatie: de impliciete wil van de partijen », *T. Gez.*, 2011-2012, pp. 232-237.
- ✕ SARGOS P., « Réflexions sur les accidents médicaux et la doctrine jurisprudentielle de la Cour de cassation en matière de responsabilité médicale », *D.*, 1996, pp. 365-370.
- ✕ STIJNS S., VAN GERVEN D. et WERY P., « Chronique de jurisprudence. Les obligations : les sources (1985-1995) », *J.T.*, 1996, Bruxelles, Larcier, pp. 821-853.
- ✕ TACK S. et DELEFORTRIE D., « Responsabilité du médecin et/ou de l’hôpital pour les infections nosocomiales », *Rev. dr. santé*, 2019, pp. 281-283.
- ✕ THUNIS X., « Théorie de la faute civile. Volume II : la faute comme acte contraire au droit » in *Responsabilités – Traité théorique et pratique*, Waterloo, Kluwer, 2006, pp. 1-40.

- ✕ VAN DOOSELAERE G., « Le caractère anormal des dommages résultant des infections nosocomiales : état des lieux et étude prospective », *Con. M.*, 2018, pp. 103-113.
- ✕ VAN ENIS Q., « Obligation de moyens ou de résultat en matière médicale : quand le juge doit sonder les cœurs et les reins des parties... », *R.R.D.*, 2008, pp. 38-48.
- ✕ VAN RYN J., *Responsabilité aquilienne et contrats en droit positif*, Paris, Sirey, 1932.
- ✕ VANDEPUTTE R., *De overeenkomst : haar ontstaan, haar uitvoering en verdwijning, haar bewijs*, Bruxelles, Larcier, 1977.
- ✕ VANDERMEERSCH D., « Medische fout, sterilisatie en medische experimentatie », *T.P.R.*, 1983, pp. 839-864.
- ✕ VANDERWECKENE M., « Les infections nosocomiales : une simple question d'hygiène hospitalière ? », *R.G.A.R.*, 2002, n°13.568.
- ✕ VANSWEEVELT T., *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruxelles, Bruylant, 1996.
- ✕ VANSWEEVELT T., « La responsabilité contractuelle et extracontractuelle du médecin et de l'hôpital pour leur fait propre » in *La responsabilité des professionnels de la santé*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2015, pp. 15-88.
- ✕ VERHOEVEN D., « Schade door implantaat: contractuele aansprakelijkheidsregeling nog te onduidelijk », *Juristenkrant*, 2016, p. 4.

Sites internet

- ✕ [Définitions : déontologie - Dictionnaire de français Larousse](#), consulté le 20 juillet 2022.
- ✕ [Définitions : aléa - Dictionnaire de français Larousse](#), consulté le 21 juillet 2022.
- ✕ [Nosocomial Infections in Belgium, part 2: Impact on Mortality and Costs | KCE \(fgov.be\)](#), consulté le 31 juillet 2022

- ✂ [Affection iatrogène : définition, indemnisation et démarches \(indemnisationprejudice.fr\)](#), consulté le 27 juillet 2022.
- ✂ [Définition de l'affection iatrogène et comment se faire indemniser \(association-aide-victimes-france.fr\)](#), consulté le 27 juillet 2022.
- ✂ [stériliser : définition de stériliser et synonymes de stériliser \(français\) \(leparisien.fr\)](#), consulté le 5 août 2022.
- ✂ [Trompes de Fallope - Définition du mot Trompes de Fallope - Doctissimo](#), consulté le 5 août 2022.
- ✂ [Salpingectomy | definition of salpingectomy by Medical dictionary \(thefreedictionary.com\)](#), consulté le 5 août 2022.
- ✂ [Vasectomie — Wikipédia \(wikipedia.org\)](#), consulté le 5 août 2022.

Divers

- ✂ Code de déontologie médicale, art. 4 ; 7.1 ; 8.1 ; 32.1 ; 113 ; 114.
- ✂ « Guide pratique de prévention contre les infections nosocomiales » disponible sur [WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12_fre.pdf](#), consulté le 1^{er} août 2022.

