

MEDICINĂ, DREPT ȘI SOCIETATE: PRINCIPII DE RESPONSABILITATE. RĂSPUNDERE MEDICALĂ ÎN FRANȚA

Author: Ladislau HECSER*

***Abstract:** The doctor is given a special power in his job, a unique one, "to work" on somebody else's body with the final purpose of reaching, in certain cases the physical integrity. This right is set by justice for all people and for each individual. Therefore doctors exceptionally have this privilege by the power conferred by law.*

***Keywords:** Medicine, Law, Liability, Responsibility, Physical Integrity.*

***JEL Classification:** K39*

Exercițiul drepturilor și îndatoririlor profesionale ale medicilor sunt elemente stipulate în Decizia nr. 3/2005 a Colegiului Medicilor din România, privind adaptarea Statutului și Codului de deontologie medicală ale Colegiului Medicilor din România¹. Art. 3 precizează că „Sănătatea omului este țelul suprem al actului medical. Obligația medicului constă în a apăra sănătatea fizică și mentală a omului în a ușura suferințele, în respectarea vieții și demnității persoanei umane... Respectul datorat persoanei umane nu încetează nici după decesul acesteia”.

În legătură cu independența profesională a medicilor și responsabilitatea, se prevede în art. 9 că „Medicul are independență profesională absolută, libertate absolută a prescripțiilor medicale pe care le consideră necesare, în limitele competenței sale și este răspunzător pentru acestea. În cazul limitării prin constrângeri administrative și/sau economice a independenței sale, medicul nu este corespunzător”. Art. 10 se referă la rezultatul prestației medicale: „Medicul nu va garanta vindecarea afecțiunii pentru care pacientul i s-a adresat”. De altfel, în legislația americană rezultatul pozitiv al prestației medicale este obligatorie. În legătură cu responsabilitatea medicală se precizează de *Commité European des Assurances*: „În Europa obligativitatea rezultatului se regăsește doar în anumite țări și este limitată în mod specific la anumite rezultate de tratament: în Germania în cazul construcției de proteze dentare, în Belgia în aplicarea protezelor dentare, în chirurgia plastică non-terapeutică, și anumite prestații în biologie clinică; în Spania, Italia și Portugalia în chirurgia plastică”.

* Dr., Associate Professor, University of Medicine and Pharmacology of Târgu-Mureș, Romania.

¹ Publicată în Monitorul Oficial al României, partea I, nr. 418 din 18 mai 2005.

Responsabilitatea medicală a constituit în România, subiectul unor studii, cu precizări distincte². Importanța acestui subiect poate fi comparată mai ales cu cea care i se acordă în sistemul francez în care concepția aplicată este originală.

Medicul, în exercițiul funcțiilor sale, posedă puterea aparte, unică de a „lucra” asupra corpului altuia, cu corolarul de a aduce atingerea, în anumite cazuri, a integrității fizice. Acest lucru este prescris de justiție pentru toată lumea și pentru fiecare. Astfel, medicii se bucură de acest privilegiu în mod excepțional, din cauza autorizării conferite de lege. Această putere este încadrată de regulile umanismului pe care le implică juridic transcendența persoanei pacientului³.

Dar aceste reguli clare, constituie chiar baza deontologiei medicale, s-au dovedit, probabil, insuficiente în fața progreselor tehnice și științifice, astfel încât legislatorul din Franța a ținut să le consacre în drept pozitiv, mai ales în legile bioeticii (Legea nr. 94-653 din 29 iulie 1994 relativ la respectarea corpului uman).

Astfel, după ce a pus principiul inviolabilității corpului uman, art. 16-3 al Codului civil francez, putem deduce din aceasta: „Nu se poate aduce atingerea integrității corpului uman decât în caz de necesitate terapeutică pentru persoană. Consimțământul interesatului trebuie luat în prealabil, în afară de cazul în care starea sa face necesară o intervenție terapeutică la care el nu este în stare de a consimți”. Aceste dispoziții sunt de ordin public și sunt acordate puteri importante judecătorilor de a sancționa violarea lor. Acest principiu rezultă de fapt, dintr-o lungă evoluție juridică și jurisprudențială bine cunoscută de juriști, dar el nu fusese niciodată înscris într-un text de lege în termeni atât de clari. Oricare ar fi regimul juridic al îngrijirilor medicale, consimțământul pacientului constituie un zid de apărare protector peste care nu se poate trece, sub amenințare de violare a persoanei și a libertății sale, de natură să angajeze responsabilitatea pacientului:

Contractul medical este unic în felul său, pentru că se bazează pe om și demnitatea lui; este un contract de știință și un contract de conștiință (sau de etică). Obligația medicului este o obligație de mijloace conținând o datorie de știință, care obligă la acordarea unor îngrijiri conform datelor recente de știință și o datorie de conștiință.

În tematică există mai multe domenii care pot fi abordate.

1. De la dreptul reductor la dreptul proiectiv și revelator

Este adevărat că dreptul, și mai ales dreptul responsabilității aplicat de instanțele de judecată, este reductor, adică simplificator. Simplificator, în legislația din Franța, mai întâi, pentru că judecătorul nu intervine, în principiu, decât în caz de eșec care provoacă o

² A se vedea S. Beligrădeanu, *Răspunderea civilă a medicului în unitățile sanitare*, în Revista Dreptul nr. 3/1990, p. 6 și urm.; E. Lipcanu, *Răspunderea comitentului pentru fapta presupusului*, Editura Lumina Lex, București, 1999, p. 252; I.F. Popa, *Răspunderea civilă medicală*, în Revista Dreptul nr. 1/2003, p. 45 și urm.

³ A se vedea S. Gromb, *L'évolution du droit a l'information du patient*, în La Presse Medicale, nr. 12/2003, p. 535-537; responsabilitate penală în caz de atingere neconsimțită la integritatea fizică a unui individ; responsabilitate disciplinară pentru violarea articolului 35 din Codul de deontologie; responsabilitate de indemnizație (despăgubiri) sau indemnizară de a nu fi edificat suficient ca să-i permită aderarea la propunerea terapeutică, în cunoștință de cauză.

În Franța, Legea nr. 2002-203 din 4 martie 2002, trebuie, totuși, să fie considerată ca un text fundamental codificat, atât al principiilor izvorâte de surse diferite (informarea și consimțământul pacientului), cât și din principii noi (comunicarea directă a dosarului medical, informatizarea datelor de sănătate) care constituie, de fapt, democrația sanitară. A se vedea P. Forcioli, *Les droits et responsabilités des patients et des professionnels hospitaliers: Anaes et loi du 4 mars 2002*, în La Presse Medicale, nr. 31/2002, pp. 966-969.

speță de contencios. Judecătorul nu vede, într-un fel, decât aspectul negativ al artei medicale. Apoi, simplificator, pentru că dreptul aplicat trebuie să fie, înainte de toate, efort de sinteză și de simplificare, cu riscul de a părea că neglijează totuși, aspectele valoroase. Câte nu s-au spus, în Franța, despre concizia extremă, pe care unii o numesc ermetism, în legătură cu hotărârile Curții de Casație.

Dar dreptul, și mai ales dreptul aplicat, adică dreptul concret, este și oglindă și revelator. Oglindă a ideilor, a convingerilor, chiar a fantasmelor societății asupra unuia sau altuia, din sectoarele activității umane. Revelator al dificultăților și a repunerii în discuție a percepțiilor sociale asupra acestor sectoare. În cursul unui dialog despre genetică și drept⁴¹ ar trebui să ducă la modificarea unei cvasi-maxime, după care omul nu este decât materie, pentru a spune de acum înainte „omul nu este decât un cod-bară”. În legătură cu tema, drept, medicină, societate, se poate formula ideea - conceperea medicinei de către justiție este bogată în învățăminte cu privire la evoluția artei medicale și a viziunii pe care o are despre ea societatea.

Cazul M. Guigne

Acest caz merită o referință, pentru că permite formularea unor imagini mereu valabile despre dialectica justiției, a medicinei și societății, edificatoare și nefericită aventură medicală a unui om cu nume predestinat (Guigne=ghinion), care va avea astfel cel puțin consolare postumă, de a ști, că nici la anii 2000 numele acestuia nu este uitat.

Cazul M. Guigne se referă la evenimentul ce a avut loc la data de 10 octombrie 1832, când pentru „tratamentul” unei boli neprecizate, medicul său, M. Thouret-Noroy, a practicat un act foarte răspândit pe vremea respectivă, și anume sângerarea. Consecințele acestui act intervențional au fost dezastruoase pentru pacient: atingerea unui vas arterial (artera brahială), s-a complicat cu un proces inflamator, ulterior generalizat (septicemia), conturându-se în locul intervenției, sub forma gangrenei. Această complicație a necesitat amputarea membrului superior. Dar înaintea acestei intervenții chirurgicale, efectuată de un alt medic, numitul M. Guigne a suferit cumplit timp de 18 zile, în timp ce în locul unde s-a efectuat sângerarea se forma o tumoare de mărimea unui ou. În ciuda acestor simptome, medicul Thouret-Noroy a continuat să afirme că „nu există nimic important” pentru a sfârși să-și abandoneze pacientul. (toate aceste precizări figurează în Recueil Sirey din 1835. Jurisprudența).

Decizia Curții de Apel din 12 iunie 1835 în cauză, a fost condamnarea medicului M. Thouret-Noroy pentru „neglijența gravă, a greșelii grosolane și a abandonării bolnavului”. Medicul condamnat a depus un recurs în casație susținând că „un medic nu poate decât să scape oricărei condamnări, oricărei acțiuni judecătorești pentru tot ceea ce ține de exercitarea profesiei sale practicate cu buna credință și în măsura cunoștințelor sale profesionale”.

Numitul a evocat chiar unul dintre singurele cazuri. în care, după acesta, s-ar justifica condamnarea, referându-se la îngrijirile acordate de un medic în stare de ebrietate.

O astfel de argumentație – pe care hotărârea dată în acest caz de către Curtea de Casație din 18 iunie 1835 a condamnat-o - astăzi pare, pentru unii, aberantă, dar nu chiar monstruoasă. Totuși, în acea epocă, aceasta corespundea unei idei a unei părți a societății

⁴ A se vedea A.Kahn, *De la génétique au droit, le point de vue du médecin*, în La Presse Medicale, nr. 31/2002, pp. 849-855.

mai ales în privința posibilității medicului de a-și abandona pacientul pentru care el considera că nu mai putea face nimic. Si chiar Academia de Medicină din Franța afirma în 1834 că “Medicul nu recunoaște ca judecător, după Dumnezeu, decât pe egalii săi și nu acceptă alte responsabilitate decât aceea, cu totul morală, a conștiinței sale”. Aceste idei datau cu mult în timp. Într-un număr special din mai 1997, consacrat “procesului medicilor din Nurnberg” din jurnalul Asociației medicilor israelieni din Franța, un studiu al profesorului S. Kottek, titular al catedrei de istoria a medicinei a Facultății de Medicină a Universității Ebraice din Iesuralim, sublinia că, în tradiția hipocratică, un caz disperat era lăsat fără îngrijiri pentru că nu aparținea de domeniul artei medicale; medicul nu trebuia să îngrijească decât dacă putea și nu pentru că el trebuia să facă acest lucru și nu avea nici-o obligație morală de a se consacra unei cauze pe care o știa pierdută din start. Tot după același autor, abia începând cu medicul Paracelsius (1493-1541) s-a introdus o formă timidă de caritate în arta medicală. Curios, Nostradamus, medic contemporan cu Paracelsius, a pus în aplicare o medicină fondată pe aceleași idei, a căror expresie modernă este în prezent medicina compasională a îngrijirilor paliative pe care a impus-o presiunea societății (Legea nr. 99-477 din 9 iunie 1999 vizând să garanteze dreptul de acces la îngrijiri paliative). Tot insistența socială a condus la necesitatea luării în considerare de către medicină a luptei contra durerii, un recent număr al revistei *Le Monde* (27 octombrie 2000) subliniindu-i dificultatea.

Hotărârea judecătorească din 18 iunie 1835 pare să traducă refuzul, fără îndoială încă difuz, al societății de a continua să admită legitimitatea abandonării unui pacient de către medicul său pe motiv că nu mai poate face nimic pentru el.

Contractul medical

Dar dreptul modern al responsabilității medicale, cu măsura căruia trebuie să se aprecieze perspectivele noi deschise de explozia orizonturilor medicale, s-a pronunțat la data de 20 mai 1936, când camera civilă a Curții de Casație, în una din cele mai mari hotărâri, a decis să substituie fundamentul delictual, cu un fundament contractual, decizând că între medicul din sectorul liberal și pacientul său se încheie un contract, și că responsabilitatea practicianului, în constelația consecințelor, se apreciază în domeniul contractual și nu delictual. Contractul medical este însă unic în felul său și nu este reductibil la categoriile banale de contracte care jalonează viața de zi cu zi, pentru că el se referă la om și la demnitatea lui: este un contract de știință și un contract de conștiință sau de etică, pentru a folosi o terminologie mai actuală. Sunt abordate aici starea și devenirea acestor două mari obligații, de știință și de conștiință.

Cazul Mercier

Dacă M. Guigne, a cărui soartă a fost expusă, a permis Curții de Casație a Franței să marcheze o ruptură netă în raport cu concepția utilitară și puțin umană medicinei, nasul d-nei Mercier a schimbat aspectul responsabilității medicale. D-na Mercier, afectată de o boală nazală, se adresa medicului Nicolas, radiolog, care în 1925 i-a făcut pacientei o terapie cu raze X (Roentgen), care i-a provocat radiodermita mucoaselor feței imputându-i medicului responsabilitatea. Pacienta nu a angajat o acțiune civilă contra medicului decât după 3 ani de la terminarea tratamentului; astfel că practicianul îi opuse prescrierea trienală a ilicitului. Curtea de Casație prin hotărârea din 20 mai 1936 a respins acest mijloc procedând la un reviriment major în raport cu doctrina jurisprudențială apărută din hotărârea centenară Thouret-Noroy: între medic și bolnav, se realizează un contract și responsabilitatea care reiese din acesta este de asemenea de natură contractuală astfel

încât prescrierea aferentă delictelor nu este aplicabilă. În plus, Curtea de Casație a luat inițiativa, prin ceea ce este fără îndoială cel mai extraordinar *obiter dictum* al istoriei jurisprudenței, de a defini o adevărată normă-cadru a contractului medical enunțând că el conține pentru medic „angajamentul, dacă nu, în mod evident, să vindece bolnavul ... cel puțin să-i acorde îngrijiri, nu orice fel... ci conștiincioase, atente și cu rezerva unor circumstanțe excepționale, conform datelor dobândite de știință”.

2. *Obligația de mijloace, datoria de știință și de conștiință*

O formulare remarcabilă, care, în puține cuvenite, pune o primă normă: obligația medicului este de mijloace; apoi una secundară: această obligație de mijloace cuprinde datoria de știință și de conștiință. Obligația de mijloace, în sensul dat acestui cuvânt de Demague, care reiese din enunțarea hotărârii după care contractul medical nu aduce cu sine obligația de a vindeca bolnavul, ci de a-l îngriji cu știință și conștiință.

Începând cu 1985, jurisprudența a introdus în contractul medical o parte din obligație de securitate a rezultatului când dauna suferită de pacient își găsește originea într-un material sau produs utilizat pentru executarea unui act medical, sau în infecția nosocomială. Dar așa cum subliniază Raportul anual al Curții de Casație din 1999, principiul rămâne obligația de mijloace, domeniul obligației de securitate a rezultatului fiind fondat pe exigențe de perfecțiune a dispozitivelor medicale utilizate și a măsurilor de asepzie și de profilaxie puse în aplicare (Hotărârea din 9 noiembrie 1999, Bull. Civ.I nr. 300), și cele trei hotărâri numite ‘Staphylococcus aureus’ din 29 iunie 1999 (Civ.I Bull.nr. 220 și 222). Si atașamentul Curții de Casație la principiul cardinal în materie medicală a obligației de mijloace va fi reafirmată, în ciuda unui puternic curent doctrina în sens contrar, printr-o hotărâre din 8 noiembrie 2000 (Bull. Civ I nr. 287) care afirmă clar că „repararea erorii terapeutice nu intră în câmpul obligațiilor pe care un medic le are contractual față de pacientul său”.

Datoria de știință prin intermediul frumoasei obligații de a acorda îngrijire conform *datelor dobândite de știință* (și nu de *datele actuale*, termen care a fost folosit uneori prin inadvertență, dar pe care Curtea de Casație l-a condamnat în mod clar printr-o hotărâre din 6 iunie 2000 (Bull. Cass.civ. I nr. 176), în care instanța precizează că noțiunea de *date actuale* a fost „eronată”, „obligație care apăsă asupra unui medic fiind de a da pacientului său îngrijiri corespunzătoare datelor dobândite de știință” la data acordării acestor îngrijiri.

În acest sens, se poate referi la perioada a doua a secolului al XIX-lea la Pasteur, bacteriolog, care a conturat conceptul de boală microbiană, vaccinările, la Claude Bernard reprezentantul medicinei experimentale; la descoperirea razelor X de către Roentgen în 1895, la Landsteiner, care în 1900 a descoperit grupele sanguine (premiul Nobel pentru medicină în 1930), ulterior descoperitorul factorului Rhesus (Rh). De asemenea, la Flemming, care în 1928 a descoperit penicilina, dar care nu a fost realmente folosită doar din 1941, dar din 1937, administrarea sulfamidelor a marcat un progres important. Aceste date dobândite rezultă, în mod schematic, din lucrările și tratatele de referință, dar și din congrese și alte conferințe de consens reunind autorități recunoscute ale profesiei medicale. Referințele medicale opozabile (RMO) elaborate de Agenția Națională de Evaluare Medicală din Franța (ANAES), care determină actele inutile sau periculoase, pot fi, de asemenea, luate în considerare odată ce ele trebuie să corespundă, în mod obligatoriu, datelor dobândite de știință. Dar instanța de judecată își menține calitatea apreciativă și conform formulării unor hotărâri interesante a Curții de Apel din

Paris din 25 aprilie 1943 (GP 1945-1), poate refuza să consacre o utilizare (mai ales o practică medicală care exclude examenul medical al unui donator de sânge înaintea unei transfuzii) dacă el consideră contrară regulilor prudenței sau insuficientă.

Utopie sau genialitate

Există opinia că, decizia juridică din 20 mai 1936 a fost fără îndoială, utopică. Tratamentele cu raze X a căror victimă a fost Dna Mercier au provocat adevărate dezastre până când s-au impus precauțiunile indispensabile utilizării lor. De altfel, printr-o coincidență curioasă, în aceeași dată de 20 mai 1936, s-a produs într-un oraș din Bourgogne un act antiștiințific deoarece se referea la exigența fundamentală a respectării regulilor de igienă și de profilaxie precizate acum în art. 49 al Codului de deontologie medicală francez. A fost vorba de un medic, care, la 20 mai 1936, după ce a vizitat numeroși bolnavi de scarlatină, în mai puțin de 2 ore a procedat la vaccinarea antidiferică la 124 copii, fără să fi schimbat o singură dată tamponul de vată, care nu era nici măcar aseptizat, fără să se fi spălat pe mâini, ca urmare numeroși copii au făcut o complicație locală de tipul infecțiilor-abceselor. Acest medic a fost condamnat penal și în 11 februarie 1941, Camera criminală a Curții de casație a respins recursul său în termeni foarte severi.

De la datoria științei la riscul științei

A îngriji în funcție de datele dobândite de știință este mereu, și tot mai mult, una dintre exigențele cardinale care se impun medicului și în justiție responsabilitatea va fi apreciată vis-a-vis de această obligație. Societatea înțelege, în materie de sănătate, să beneficieze de ultimele cuceriri ale acestei științe⁵¹.

Din aceste cunoștințe de știință, există un fundament nesigur, sprijinindu-se, la limită, pe o formă de efect de modă, mai mult sau mai puțin rațional. În acest sens se poate referi la pericolul supraconsumului de sânge (transfuzii), care implică grave accidente de incompatibilitate, și eventuale consecințe imunologice, chiar îndepărtate a oricărui aport străin. De asemenea, apar probleme noi, începând cu finanțarea și disponibilitatea celor mai performante aparate. Datoria de știință se poate împiedica de riscul științei.

3. Opinia medicală

Societățile dezvoltate au exigențe sporite față de medicină¹. Exigențe de eficacitate, dar și exigențe de securitate. Exigențele de eficacitate sunt în funcție de capacitatea tehnică crescută a actului medical. Dar și exigența de securitate, căci aceasta se teme, de altfel, de această putere căreia, fiecare trebuie, într-o zi sau alta, la bunul plac a ceea ce nu se poate comanda, boala, să-și încredințeze bunul său cel mai prețios, fiind unic, corpul. De unde dorința de a se exercita un control care revine în sarcina dreptului și a justiției.

Justiția se exercită, chiar în locul în care ne aflăm la nivelul cel mai înalt; aici se modelează dreptul medical.

4. Certitudinea riscului, incertitudinea precauțiunii

Acest faimos și atât de actual principiu de precauțiune tocmai a fost evocat în cadrul unei reflecții mai vaste asupra datoriei științei în exercițiul medical. Apropiind acești doi termeni, știință și principiu de precauție și rămânând strict în domeniul medical, se pune chestiunea dacă acest principiu de precauțiune, este în contradicție cu

⁵ A se vedea D.Malicier, *La responsabilité médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire*, în *La Revue du Practiciene*, nr. 51/2001, p. 1001-1007.

demersul științific, pe care este fondată medicina. Justificarea unei astfel de întrebări implică trecutul: Voltaire, în unul din studiile lui filosofice abordează o problemă medicală, aceea a primelor tentative de prevenire a variolei, prin inoculare, forma primitivă a vaccinării. Voltaire consemnează: “Se spune în șoaptă, în Europa creștină, că englezii sunt nebuni și turbați: nebuni pentru că dau variolă copiilor lor, pentru a-i împiedica să o facă; turbați pentru că ei transmit cu bucurie în suflet, acestor copii o boală sigură și cumplită în vederea prevenirii unui rău nesigur. Englezii la rândul lor, spun: Ceilalți europeni sunt niște lași și niște denaturați; sunt lași fiindcă se tem să facă puțin rău copiilor lor; sunt denaturați prin faptul că îi expun morții prin variolă”⁶.

Acest text pare a avea o reflecție de ultimă actualitate, nu în privința obiectului său, deoarece variola este eradicată grație vaccinării care a înlocuit inocularea inițială la care se referea Voltaire, ci mult mai fundamental, prin raționamentul asupra riscului de materie medicală: necesitatea de a acționa pentru a preveni sau a trata boala, dar știind că acțiunea medicală este, prin esență, un risc. Riscuri contra riscuri este soarta medicinei. Ea nu poate decât evita să nu devină o loterie. Acest imperativ de dominare a hazardului a fost originea demersului științific care ne inspiră mereu. A domina hazardul înseamnă nu numai de a identifica riscurile, ci mai mult de le cuantifica, în dubla lor dimensiune: riscurile bolii și riscurile terapeutice.

În urmărirea acestui obiectiv, medicina a primit un ajutor neașteptat, acela al matematicii, care prin calculul probabilității, s-a anturat pe terenul hazardului. Acesta ne reduce la exemplul voltairian și mai instructiv din acest punct de vedere. Astfel, unul dintre matematicienii epocii, aplică acestei probleme a vaccinării, calculul probabilităților pentru a permite printr-o cuantificare a beneficiilor și a riscurilor așteptate, să sprijine decizia pe o bază obiectivă. Avantajele evidente ale vaccinării, reieșite din calculele sale, au pus capăt ezitărilor.

În acest sens, trebuie menționate două aspecte:

- utilizarea datelor epidemiologice, sigur încă grosiere, extrase din observație;
- calculul probabilistic comparativ în cele două ipoteze de acțiune sau de lipsă de acțiune.

Au trecut trei secole începând cu perioada iluministă și pentru medicină, deoarece atunci a fost pecetluit destinul său științific, legat de atunci de demersul probabilist. S-au realizat multe progrese în cursul acestor trei secole prin sporirea cunoștințelor și dezvoltarea tehnicilor. În ultimele decenii s-au deschis noi căi terapeutice într-un ritm accelerat. Materialele de referință s-au îmbogățit cu date noi, dar metoda de decizie medicală a rămas neschimbată, bazată pe extrapolarea probabilistică prospectivă a datelor epidemiologice stabilite în condiții riguroase de colectare și tratare statistică. Această metodă științifică, aparent atât de solidă a zdruncinat principiul precauției. Recomandă luarea în considerare, în decizie, a riscului ipotetic, încă nesigur, la limita doar presupusă dar nu demonstrată. Este clar că o astfel de măsură contrazice exigențele care s-au detaliat, bazate pe identificarea riscului și pe cunoașterea frecvenței sale de realizare. Introducerea riscului, eventual necunoscut, sau cel puțin de neevaluat în probabilitatea sa, ar ruina demersul științific al medicinei moderne, pe care trebuie să-l considerăm ca pe cel mai important dintre achiziții.

5. Vaccinarea împotriva hepatitei B

⁶ A se vedea, P. Sargos, G. David, în *Droit médecine et société (1/2), Le devoir de science et du risque de la science*, în “*La Presse Medicale*” nr. 31/2002, p. 945-951

În domeniul vaccinării, cu siguranță demonstrativ, există dovezi contemporane. În această privință, concretizarea cuprinde vaccinarea contra hepatitei B.

În 1998, în constelația principiului precauțiunii, și din cauza unei bănuieli de complicații neurologice secundare vaccinării, Ministerul Sănătății din Franța a decis suspendarea companiilor școlare de vaccinare. Această decizie a provocat rezerve din partea pediatriilor atât în Franța, cât și alte țări. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în urma unei examinări atente a datelor culese pe sute de mii de copii, se pronunță clar în defavoarea acestei măsuri luate prin aplicarea principiului de precauțiune. Din această cauză decizia a fost revocată de Ministerul Sănătății la câteva luni, lăsând totuși, grave pagube psihologice în opinia publică, din cauza persistenței unei suspiciuni cu privire la această vaccinare. După doi ani, încă nu s-a regăsit procentajul de vaccinare anterior, inclusiv la sugari, vârstă, care nu a făcut niciodată obiectul vreunei bănuieli. Este deci probabil ca această hotărâre luată în grabă va avea ca și consecință pe termen lung, la subiecții nevaccinați, apariția unui anumit număr de hepatite cu posibilitățile complicațiilor lor grave. Acest exemplu pune în evidență aspectul eventual prejudiciabil al unui demers de precauțiune în domeniul sănătății publice, mai ales din cauza impactului său asupra opiniei publice pentru care orice măsură bazată doar pe unică ipoteză a unui risc are tendința de a fi interpretată ca dovada existenței acestui risc.

6. Precauțiunea individuală

Dar aspectul periculos al unui demers de precauțiune insuficient gândit există și în medicina individuală. Luarea în considerare în decizia terapeutică a unui risc ipotetic vine să dezechilibreze în aceeași manieră balanța riscurilor respective ale bolii și ale terapiei. În acest domeniu, principiul precauției nu îmbracă, doar acest aspect de luare în considerare a incertitudinii, această datorie de „previziune a imprevizibilului” ci el este prezentat și sub forma unei datorii de prudență în conduita îngrijirilor. Dar putem să remarcăm că această normă de comportament este prescrisă de codul deontologic francez. Mai ales în art. 40 care recomandă medicului „să-și interzică în investigațiile și intervențiile pe care le practică, ca și în terapia prescrisă, de a expune potențial la un risc nejustificat”.

Medicina este pe deplin conștientă și convinsă de datoria sa de prudență. Dar supusă, de altfel, obligației sale de îngrijiri, ea se teme că anumite interpretări radicale jucând cu ambiguitățile principiului de precauțiune ar avea ca consecință judiciară o lărgire a câmpului responsabilităților sale în condiții rău definite. Acest lucru a făcut ca Academia de Medicină din Franța, în urma unei reflecții pluridisciplinare aprofundate, să ceară într-un fel un moratoriu de aplicare în domeniul medical al principiului de precauție, acest moratoriu fiind destinat să permită continuarea reflecției cu toate părțile interesate, în primul rând justiția.

Punând principiul precauției în contradicție cu știința, se deschide calea celei a doua părți a schimbului de idei, care nu se mai referă la știință ci la conștiință⁷.

În acest domeniu se conturează opinia juridică și cea medicală. Opinia de drept se formulează, mai ales, în contextul hotărârilor judecătorești⁸.

⁷ A se vedea A. M. Duguet, *La faute médicale a l'hôpital*, Paris: Berger-Levrault Editeurs, 2000, p. 24 și urm.

⁸ A se vedea P. Sargos, G. David, *Droit, médecine et société. Du devoir de conscience au risque de la défiance*, în La. Presse Médicale, nr. 31/2002, pp. 1041-1047.

Hotărârea Mércier, precizând că contractul medical pune în sarcina medicului, pe lângă obligația de a acționa în funcție de datele dobândite de știință, pe aceea de a pacientului îngrijiri conștiincioase, se referă în mod manifest la datoria de conștiință a medicului, care astăzi se definește ca datorie etică. Această datorie de conștiință acoperă esențialmente, pe de o parte, obligația pe care o are medicul de a acorda personal și în totală independență îngrijirile sale, pe de altă parte datoria sa de informație.

7. Principiul independenței profesionale

Contractul medical bazându-se, cu excepția circumstanțelor excepționale (urgente, pericol conjunctural de mediu etc.), pe libertatea pacientului de a-și alege medicul și pe relațiile de încredere *intuitu personae* care se stabilesc între ei, implică pentru practician obligația să asigure el însuși îngrijirile și urmărirea pacientului.

Art. 32 din Codul de deontologie medicală din Franța insistă, cu putere, asupra necesității ca medicul să acorde personal îngrijirile sale, în timp ce art. 5 subliniază caracterul inalienabil al independenței profesionale, chiar în cazul exercițiului salariat.

La data de 14 februarie 2000, Tribunalul contencios-administrativ (Bull.Cass.T.C.nr. 2), a pronunțat, ceea ce este fără îndoială, cea mai impresionantă sentință a acestei jurisdicții, comună Consiliului de Stat și Curții de Casație. S-a consemnat că „independența profesională de care beneficiază medicul în practicarea artei sale, face parte din principiile generale ale dreptului” (Bull. Cass. 2000 T.C. nr. 2). Această decizie solemnă este fundamentală, pentru că permite contra derivei periculoase către îngrijiri comandate de alte interese decât cele ale pacientului, chiar dacă este legitim de a evita cheltuieli excesive. Ordinul Medicilor, la rândul lor este angajat cu toate forțele și, pe bună dreptate, în această luptă a respectării principiului independenței profesionale.

8. Responsabilitatea (răspunderea)

Din această obligație a îngrijirilor personale și a principiului independenței profesionale, Curtea de Casație a dedus mai multe consecințe cu privire la responsabilitatea unui practician:

- mai întâi, obligația de a-și îngriji personal pacientul și dacă el nu poate presta aceasta, să apeleze la colegi sau la personalul medical auxiliar competent;
- apoi, el răspunde, conform unei formule frecvent folosite, de greșelile persoanelor pe care și le-a substituit, în afară de consimțământul pacientului său, pentru îndeplinirea unei părți inseparabile a obligației sale.

Medicul nu se poate adăposti în spatele unui diagnostic stabilit de un alt medic pentru a scăpa de responsabilitatea sa, nici să se lase, pur și simplu, pe seama controlului pe care, în mod normal, ar trebui să vegheze ca acest control să fie efectiv.

Jurisprudența s-a manifestat, esențialmente, în privința exercițiului medical pluridisciplinar. Dar, este de la sine înțeles că această obligație de îngrijiri personale nu ar justifica, ca un medic să practice într-un domeniu care să-i depășească cunoștințele, experiența și mijloacele de care dispune, în consens cu art. 70 Codul de deontologie medicală; în caz contrar, responsabilitatea sa ar fi angajată în constelația deciziei nr. 553 D a Curții de Casație, sect. civ. I din 14 martie 2000, cu privire la un medic care nu a avut calificarea necesară pentru un tip de act medical.

9. Informarea pacientului

Fiind vorba de datoria de informare a medicului față de pacientul său, aceasta este astăzi în centrul multor discuții.

Trebuie totuși remarcat că, niciodată nu s-a contestat faptul că această datorie de informare este un imperativ major, dacă nu, categorie al eticii medicale, chiar dacă aplicarea practică nu a urmat întotdeauna proclamarea abstractă a acestui principiu fundamental. Această datorie de informare este cu atât mai importantă, cu cât este vorba de un medic, care, cum este chirurgul, este chemat să aducă atingere, uneori foarte gravă a integrității fizice (de exemplu, în caz de amputare) a altuia, ceea ce nu poate fi justificată decât de un imperativ terapeutic și consimțământul edificat al pacientului. Această regulă este evident precizată în art. 41 a Codului de deontologie medicală francez din 6 septembrie 1995 după care: ”Nici o intervenție mutilantă nu poate fi practică fără un motiv medical foarte serios, - exceptând urgența sau imposibilitatea de contact - fără informarea celui interesat și fără consimțământul său”. Consensul informației și a consimțământului este fundamentată pentru că prima este condiția validității celei de a doua.

Hotărârea Teyssier

Dacă în prezent există text – primul se pare că a fost un decret din 14 ianuarie 1974 - nu aceasta este situația când s-a dat hotărârea Teyssier, nici *a fortiori*, înainte. La fel a fost situația și în data de 28 ianuarie 1942, când secția Curții de Casație care examinează valabilitatea recursurilor (Chambre des requêtes) a pronunțat primul decret de etică medicală a Curții de Casație și chiar a tuturor jurisdicțiilor franceze. Este vorba de decretul Teyssier (GP 1942-1), care a reținut responsabilitatea unui medic de a nu fi avertizat pe clientul său „nici despre natura exactă a operației care o va suporta și a consecințelor ei, nici a alegerii dintre două metode curative”.

Această hotărâre este importantă și în general în privința obținerii unui consimțământ edificat al pacientului deoarece enunță - în avans cu mai mult de 50 de ani despre legile bioetice din 1994 - că această obligație este “impusă de către respectul față de persoana umană” și că violarea ei constituie din parte medicului “o gravă atingere la drepturile bolnavului. Această decizie de îndrumare ar fi interesant de analizat în proiecția unei element sociologic, acela al respectului autonomiei și al libertății pacientului în fața „imperului” paternalist a unor prea mulți membrii, în aceea perioadă, a corpului medical. Și acest „imperium” ocultând voința pacientului putea să meargă chiar foarte departe deoarece nu era limitat la un act terapeutic, ci se extindea uneori, la ceea ce constituie o condiție sine qua non a elaborării datelor dobândite de știință, și anume, experimentarea. O hotărâre a Curții de Apel din Paris din 11 mai 1937 (Dallos 1937) se referă la un caz, în care, un profesor de medicină a procedat la o arteriografie cu injectarea intra-arterială a unui lichid de contrast, asupra unui pacient care a decedat în urma acestui act medical, în timp ce o astfel de investigație în scop unic experimental era din punct de vedere medical inutil, deoarece diagnosticul exact a fost deja stabilit și îngrijirile medicale au fost deja efectuate. Hotărârea Curții de Apel l-a condamnat pe medic arătând că “o intervenție medicală sau chirurgicală nu trebuie să fie niciodată motivată decât numai de interesul bolnavului și nu trebuie să fie practică decât după ce acesta și-a dat consimțământul liber și edificat”.

10. Precizări despre informație și consimțământ

În anii care au urmat hotărârii Teyssier, au fost foarte puține litigii cu privire la problema informării și a consimțământului. Se pune întrebarea, de altfel, dacă nu cumva una din cauzele acestei „tăceri jurisprudențiale” nu se datorează unei hotărâri date în 1951 de către Curtea de Casație care a pus în seama pacientului datoria de a dovedi că nu

a fost informat (înaintea acestei hotărâri nu s-a discutat deloc că sarcina dovedirii obținerii unui consimțământ edificat îi revenea medicului). Cum se știe, o hotărâre din 25 februarie 1997 (Bull.civ.I nr. 75) a revenit, în materie de obligație a dovezii, la regula în vigoare înainte de 1951. Acest reviriment este fără îndoială fructul unei creșteri puternice a cererii sociale, atât pe plan național, cât și pe plan internațional, tinzând la întărirea respectării libertății umane în materie de îngrijiri medicale. Apoi o serie de hotărâri date în ultimii 3 ani au permis Curții de Casație să facă precizări în materie de informare și consimțământ.

În materie, în conexiunea hotărârilor judecătorești (...) se poate stabili că:

- un medic, fie că este medicul care a făcut prescripția, este obligat să dea pacientului său o informație cinstită, clară și corespunzătoare asupra riscurilor grave aferente investigațiilor și tratamentelor propuse;

- trebuie să aducă dovada că a informat efectiv pacientul;

- această informare poate fi făcută prin toate mijloacele (dovadă scrisă, mărturie sau prezumție);

- nu poate, în principiu, să fie scutit de obligația de informare decât în caz de urgență, de imposibilitatea sau de refuzul pacientului de a fi informat, sub rezerva unei limitări terapeutice a informației evocate;

- faptul că un act cu risc ar fi necesar din punct de vedere medical, sau că riscul nu apare decât în mod excepțional, nu justifică o limitare a informației;

- informarea pacientului poate fi limitată din motive terapeutice, adică în interesul său, acest interes trebuind să fie apreciat în funcție de natura patologiei, a evoluției sale previzibile și a personalității bolnavului.

11. Dificultățile informării

Informarea nu se limitează numai la un risc, focalizarea jurisprudenței asupra acestui punct fiind în acest sens deformantă. Cum a subliniat ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) în recomandările sale din 2000 cu privire la informare, aceasta este destinată să edifice (să lămurească) pacientul asupra stării sănătății sale, asupra naturii și desfășurării îngrijirilor propuse; ea trebuie să fie un element central în relația de încredere dintre medic și pacient. Dar există dificultăți, riscuri de exces, legate mai ales de rezoluția Internetului, care cum arată Benkimoun "va schimba relațiile dintre medici și pacienții săi, dând tot mai multă putere acestora din urmă, care găsesc acolo abundente mijloace de informare". Problemele se referă dacă nu se profilează riscul distrugător al neîncrederii, ca și alte domenii, ca în cea a informării asupra riscurilor, aceea a științei pericolelor, numită *cindynique*, cu o abordare matematică. În fine, informarea nu este de sens unic, ea este și aceea a medicului, mai ales prin conceptul de reînțoarcere a experienței.

În tematică, opinia medicală se conturează în contextul profesiei.

În acest context se impune o primă remarcă și anume aceea că informarea este prezentată ca o datorie având două obiective:

- de a restabili inegalitatea din complexul medic/pacient, unul în cunoștință de cauză, celălalt în ignoranță;

- de a permite consimțământul edificat al pacientului.

Astfel prezentată, această informare îmbracă un caracter de constrângere. Se preferă să se restituie adevăratul sens, spunând că, înainte de a fi o obligație pentru medic, aceasta este o necesitate. Înțelegerea de către pacient a cauzelor suferinței sale și a

mijloacelor cele mai bine adaptate pentru a le remedia este unul dintre elementele încrederii. Ea transformă contractul într-un „pact” după cum susține Ricoeur, în prefața codului de deontologie. Poate ar fi mai justificată să existe o alianță medic/pacient. Este o asigurare de luptă în comun contra bolii, deci de garanție a unei bune observații a măsurilor prescrise.

12. Informarea și recepționarea informației

Se consideră că informației, în mod normal, trebuie să-i se acorde multă importanță privind modalitățile practice ale acesteia, și se reține pragmatismul de care au dat dovadă hotărârile Curții de Casație din Franța în privința modalităților acestei informări. Dar de când s-a modificat modalitatea și sarcina de a dovedi informația, subiectul a căpătat o importanță considerabilă.

Într-adevăr, medicul este confruntat acum cu necesitatea de a putea furniza dovada executării acestei obligații. Numai un document olograf ar putea răspunde acestei exigențe. Dar se știe că declarația scrisă are lipsa unei suplețe și de adaptare la nivelul de înțelegere al interlocutorului. Problema nu a fost abordată în detaliu, dar s-a întreprins, totuși, un studiu de anchetă în această tematică.

Acest studiu a cuprins 78 de pacienți într-o clinică de ortopedie, care trebuia să suporte o intervenție ortopedică non-urgentă. Pacientului i s-a dat o informație detaliată, atât orală cât și în scris, înainte de intervenție de către chirurgul care urma să efectueze intervenția chirurgicală. Această informație se referea la natura afecțiunii, posibilitățile terapeutice, urmările, complicațiile posibile și prognosticul. După intervenție, același chirurg a făcut bilanțul diferitelor elemente ale acestei informații reținute de către pacient. Un răspuns corect și complet nu s-a obținut numai de la 53% dintre pacienții operați, în ceea ce privește natura afecțiunii, de la 43% pentru complicații, și de la 42% pentru prognostic. Acest studiu demonstrează că există o diferență între emiterea informației și recepția corectă a acestui mesaj și a înțelegerii reale. Și aici, dacă există o obligație a mijloacelor, este dificil să se ceară o obligație de rezultate.

13. Necesitatea încrederii

Aceasta ridică problema privind posibilitatea de a reechilibra inegalitatea de cunoștințe în domeniu medical, de sănătate, dintre medic și pacient. Eforturile în acest sens, și chiar dacă există o bună înțelegere prin informare, este inevitabil un dezechilibru deoarece unul suferă de corpul său, iar celălalt nu. Medicul o să simtă acest lucru atunci când la rândul său, va deveni pacient. Atunci el realizează, oricare ar fi cunoștințele sale, cât de tulburat este în a le utiliza obiectiv, pe punctul de a cere, cel mai adesea să fie considerat ca un simplu pacient. Aceasta fiind, de altfel, cea mai înțeleaptă atitudine.

Contactul medical se va baza întotdeauna pe încredere. Ca atare, această încredere se merită, dar mijloacele de a o obține pot fi cu greu codificate. Toate încercările în acest sens sunt laudabile. Dar utilizarea prea rigidă a obligațiilor cu privire la informarea prealabilă sunt în măsură să neliniștească medicul, căci se intră într-un domeniu subiectiv dificil de evaluat și de stăpânit, cu riscul de a extinde și mai mult motivele de implicare.

Încrederea condițională

De altfel, medicul se confruntă, în materie de informare cu o altă problemă, aceea a revoluției rețelei Internet, care va da din ce în ce mai multă putere pacienților. Ceea ce se întâmplă în SUA în acest domeniu, începe să câștige teren și în alte țări. Schimbarea ține de apariția pe această rețea a unor noi profesioniști care exploatează interesul imens al publicului pentru sănătate, care și-a dovedit succesul atât de repede în trecut, prin

emisiunile televizate; aceste emisiuni, destul de bine controlate în ansamblu, refuzau să trateze problemele personale. Inovația Internetului este de a face accesibilă, în permanență, o serie de informații medicale, dar mai ales de a intra în jocul consiliului medical (sfatului medical) prin intermediul site-urilor de sănătate. Ele propun o gamă de servicii:

- informații despre ultimele noutăți medicale și accesul la o bază vastă de date medicale;
- studiul personalizat al unei probleme medicale, pornind de la datele furnizate de consultant;
- chiar pentru unii, constituirea unui dosar medical individual, actualizat în continuu cu datele sistematic comunicate de cel interesat. Pornind de la acest dosar pot fi propuse chiar bilanțuri periodice.

Acest ansamblu duce la sfaturi terapeutice, ca, în SUA, posibilitatea de a comanda unei farmacii pe linie, medicamentele recomandate. Este, pe scurt, o medicină paralelă de un gen nou care este pe cale să se instaleze. Această medicină cu obiective și mijloace întru totul comerciale, nu se încurcă cu regulile de deontologie, cărora i se sustrage cu atât mai ușor cu cât ea nu cunoaște limite. Chiar dacă subiectul respectiv este mai puțin angajat decât cel american în mânăuirea Internetului și este mai puțin încrezător față de eventualele sfaturi personalizate, fără contact direct și mai ales fără examen clinic, el va rezista din ce în ce mai puțin de a nu recurge la această ofertă, cel puțin pentru rolul de informare și de control față de ce a spus și a decis medicul său. De data aceasta, medicul va avea de a face cu bolnavi suprainformați, care poate constitui, uneori, chiar deformare, mai exigenți, și pretențioși. Acești bolnavi nu vor acorda medicului decât o încredere condiționată, supusă continuu reevaluării și pusă în discuție. Ceea ce tinde să se demonstreze este, că încrederea nu este legată doar de informații.

În tematică, mai există două aspecte de reflecție, care se referă la utilizarea cazurilor medicale judecate, cu scopul de a avea în vedere prevenția, precum și referirea la justiție și societate: în acest domeniu reflectarea abordează dreptul la sănătate, subiect de preocupare recentă, continuă.

14. Pedagogia cazurilor medicale care constituie subiecte juridice

În ce privește punctul de vedere al medicului și judecătorului privind exercițiul practicii medicale, există, în principiu, diferențe radicale opuse. Judecătorul nu analizează decât slăbiciunile, eșecurile, erorile și greșelile activității prestate, iar medicul are în vedere, mai ales, binefacerea, eficiența actului medical decât daunele cauzate. Această situație nu este una dintre cele mai propice să asigure o înțelegere mutuală dintre cele două medii, în timp ce ambele doresc o medicină practică fără slăbiciuni. Judecătorul are cu siguranță, convingerea intimă că soluția constituie o contribuție prin sancționarea slăbiciunilor greșite și prin hotărâre sau decizie, la o justă reparație materială (patrimonială) a daunei. Dar dincolo de sancțiune și reparație, aceste cazuri nefericite ar merita să fie reexamineate în contextul concepției de „reîntoarcere la experiență” pentru a trage învățămintele necesare în materie de prevenire.

Termenul de „reîntoarcere la experiență” a apărut într-o știință nouă, în *cindynique*, sau știința pericolului. Noțiunea s-a formulat în domeniul industrial, această ramură științifică a câștigat și alte sectoare, mai ales cel nuclear și de transporturi publice. Are ca obiect înțelegerea și evaluarea riscurilor, având în obiectiv prevenirea accidentelor. Printre demersurile metodologice figurează analiza detaliată, după o

catastrofă, sau chiar după un simplu incident, a circumstanțelor care s-au înlănțuit pentru producerea accidentului. În analiza de acest profil, numai depistarea și clarificarea cauzei declanșatoare, fie că este umană sau materială, nu constituie elementul esențial; ea se leagă de slăbiciunile dispozițiilor de securitate, care nu au permis detectarea acestor erori și prevenirea consecințelor slăbiciunii inițiale. Acest demers este independent de o eventuală anchetă judiciară. El răspunde unei stări de spirit foarte diferită, care nu este aceea de a sancționa, ci de a preveni. Opinia are în vedere sprijinul și al altor participanți, specialiști în sistemul în cauză.

Accidentul își dezvăluie și o altă față, pozitivă. Este vorba de a-l utiliza într-un spirit educativ, de instruire pentru a ameliora securitatea unui sistem. Ar trebui să se acorde aceeași atenție accidentelor și disfuncționărilor medicale. Odată tratate în cadrul acțiunilor judiciare, ele ar merita să fie reluate printr-un demers comun, asociind juriști și medici, pentru a trage concluziile preventive. Acest demers ar depăși obiectivul acțiunii judiciare, și ar analiza punctele slabe ale sistemului care au putut agrava eroarea umană sau care ar fi putut corecta eroarea umană. În spatele unui astfel de demers apare o nouă concepție a securității. Ea nu trebuie să se sprijine doar pe exigența față de participanții umani. Ea trebuie să integreze posibilitatea erorii umane, ceea ce duce la studierea organizării sistemului apt să-i evite apariția sau cel puțin să-i atenueze consecințele. Știința erorii a început să intre și în medicină prin anestezie care este în mod deosebit expusă accidentelor majore. Fără îndoială, ele sunt departe de a reprezenta ansamblul accidentelor medicale. Ar fi indicat să i se asocieze studiul punctelor slabe care nu au ajuns până la nivelul de acțiune judiciară din cauza unor compensații, prin bună înțelegere, pe linia asigurărilor.

O altă problemă care nu este de neglijat și ar permite în plus să apropie acest tip de analiză, ar fi: care sunt factorii care explică declanșarea acțiunii judiciare? Medicina și justiția au, cu siguranță, același interes: evitarea apariției slăbiciunilor medicale. Asociindu-și eforturile într-o acțiune comună, fondată pe recurgerea la metodele „reîntoarcerii la experiență”, ele ar demonstra societății voința lor și capacitatea de a acționa în acest sens.

15. Responsabilitatea personală față de corpul uman

În 1946, OMS a formulat definiția privind sănătatea individuală: ”Sănătatea se definește ca o bunăstare completă fizică, mentală și socială, și nu constă numai într-o absență de boală și de infirmitate”. În această privință s-a mai afirmat că “Posedarea celei mai bune stări de sănătate pe care este capabil să o atingă este un drept al oricărei ființe umane”. Acest organism mondial își exprima voința de a atinge acest obiectiv până la sfârșitul secolului. Iluziile însă s-au risipit și a rămas o singură noțiune, mai puternică ca oricând, aceea a dreptului la sănătate. Ea face parte din exigențele fundamentale care nu se îndrăznește să se pună în discuție, în timp ce noțiunea este ambiguă și deci, discutabilă.

A vorbi de dreptul de îngrijiri, ar fi mai just și mai realist. Diferența între acele expresii care există în materie medicală între obligația de mijloace și obligația de rezultat, are o notă explicativă.

Dreptul de îngrijire ține de o parte de Stat, în aspectul său organizatoric, administrativ și economic, pe de altă parte de medicină, în aspectul său tehnic. Nici unul, nici altul nu sunt în măsură să garanteze sănătatea. Și unul și celălalt au anumite limite. Medicina, în ceea ce o privește, poate, în cel mai bun caz, să facă demersuri profesionale, să încerce să restabilească sănătatea atunci când aceasta este alterată. Medicina poate

defini cele mai favorabile condiții pentru menținerea unei stări de sănătate prin măsuri de prevenire ale unor afecțiuni. Dar nu acesta are mijloacele de a impune aplicarea lor. Această responsabilitate depinde de primul șef al statului, dar nu depinde numai de el. Menținerea sănătății depinde și de individ. Din acest punct de vedere medicina nu poate decât să deplângă dezvoltarea contemporană a conduitelor cu risc. Mai ales ravagiile celor trei mari flagele moderne, autovehiculul (accidentele de circulație), tutunul și alcoolul, care încăucid în fiecare an peste 100.000 de persoane fără o reacție prea mare.

Aceste comportamente cu risc depind de individ, căruia nu-i putem nega responsabilitatea corpului său. Orice constrângere a societății pare imposibilă. Acesta este prețul de răscumpărare și mai des soclul acestui drept fundamental, libertatea. În trecut acest imperativ de libertate s-a pus prin exigențele de proiecție a sănătății. Secolul al XIX-lea, cu moștenirile unor libertăți, a suferit, ca urmare, zguduirile unor mari epidemii până la descoperirea cauzei lor de către Pasteur: contagiunea prin microb. Această descoperire a dus la apariția unei noțiuni noi, aceea a independenței fizice, corporale dintre indivizi. Așa cum s-a pronunța Leon Bourgeois, fondatorul solidarismului: “Grație lui Pasteur s-a făcut cunoscută noțiunea unei umanități noi. El a fost cel care a formulat doctrina microbiană și a arătat cât de mult depinde fiecare dintre noi de inteligența și de morala celorlalți”. Această conștientizare a schimbat orientarea în sensul că a dus la o preocupare cu privire la libertatea individuală și datoria colectivă. Cu greu a luat statul măsuri de constrângere sub presiunea igienistilor.

Se pune problema, dacă flagelele de alt ordin, contemporane, sunt în legătură cu epidemiile devastatoare. Motivația ar fi că, în situațiile actuale, un echivalent al microbului ar constitui o legătură de dependență între indivizi. Această legătură este bine cunoscută de medic: este constrângerea economică, care încorsetează dispozitivul sanitar. Ea se reflectă în fiecare an în fixarea unui buget global, care nu ține suficient seama de creșterea cheltuielilor datorate prelungirii vieții și ameliorării tehnice care fac tot mai costisitoare îngrijirile. Acest cadru economic rigid face ca orice cheltuială necuvenită, cum sunt cheltuielile de sănătate induse de comportamente cu risc, să se facă pe seama altor necesități justificate. Astfel, putem susține că responsabilitatea menținerii propriei sănătăți este mai mult decât o responsabilitate personală față de propriul corp, este și o responsabilitate, o datorie față de altul. Fără îndoială este dificil să se constrângă în acest domeniu, deși această mișcare s-ar fi amortizat prin anumite măsuri, dintre care obligația de a purta centura de siguranță, de exemplu. Oricum, noțiunea de datorie de sănătate trebuie promovată. În acest sens, ar exista posibilitatea ca noțiunea de drept de sănătate să fie înlocuită cu cea de datorie de sănătate⁹.

Responsabilitatea medicală este obligația morală și juridică de a răspunde de actele sale și de a le suporta consecințele. În dreptul francez, responsabilitatea își găsește fundamentul în noțiunea de greșeală. Evoluția jurisprudenței administrative a deschis sistemul unui regim de responsabilitate bazat pe un eveniment medical datorat unei întâmplări mai degrabă nefavorabile, care este reținută în caz de complicații iatrogenice grave, în absența oricărei greșeli medicale. Cu decizia Mercier din 1936, responsabilitatea

⁹ A se vedea D. Malicier, A. Miras, P. Feuglet, P. Faivre, *La responsabilité médicale, données actuelles*, 2nd edition, Editions ESKA, Editions Alexandre Lacassagne, 1999, pp. 25 și urm.; G. Devers *La responsabilité infirmière, Le droit au service de la santé*, Editions ESKA, 1998, p. 45 și urm.; S. Gromb, *Les problèmes médico-legaux de la transfusion sanguine*, Editions ESKA, Edition Alexandre Lacassagne, 1998.

medicală a devenit contractuală, contractul de îngrijiri guvernează practica medicală și precizează aceasta. Azi, accentul se pune pe consimțământul bolnavului, care nu este valabil numai dacă i s-a făcut o informare clară, loială și inteligibilă.

În multe cazuri, evenimentul care a creat daune nu este decât un risc inerent al existenței omului. Totuși, statul nu poate rămâne insensibil în fața accidentelor care privesc de capacitatea sa fizică sau psihică a pacientului. În practica medicală se are în vedere principiul precauției, obligația la mijloace și la rezultat¹⁰.

Notă. În terminologie s-a folosit responsabilitatea medicală, care în literatura franceză și belgiană este justificată în comparație cu noțiunea de răspundere medicală¹¹. În legislația română se folosește termenul de răspundere medicală.

¹⁰ A se vedea G. Moutel, C. Harve, *Les risques d'une application aveugle du principe de précaution en médecine*, în *La Presse Médicale*, nr. 30/2001, pp. 125-128; C. Rouge-Maillart, P. Pessaux, N. Jousset, N. Hubert, D. Gasset, M. Penneau, *L'obligation de moyen et l'obligation de résultat*, în *La Presse Médicale*, nr. 30/2001, pp. 1380-1383.

¹¹ A se vedea P. Boxho, *Responsabilité médicale et faute pénale*, în *Revue Médicale Liège* nr. 56/2001, pp. 41-48.