

**LA RESPONSABILITE CIVILE EN CAS DE LA NEGLIGENCE
ET D'ERREUR MEDICALE**

Piotr Stępniaik

Katedra i Zakład Prawa Medycznego (Département et Chair de droit médical), Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Université des sciences médicales de Poznan). E-mail: pstepniak@ump.edu.pl (Pologne). ORCID 0000-0001-8828-7031

RESUMÉ

L'article est consacré au problème de l'erreur médicale et de la négligence dans la prestation des services de santé. Il présente cette question sur la base de la jurisprudence des tribunaux. Le texte montre des exemples de cas spécifiques dans lesquels des patients ont été indemnisés. L'auteur analyse les motifs des décisions, tente d'identifier les problèmes médicaux et juridiques typiques, ainsi que la ligne dominante de la jurisprudence dans les affaires d'indemnisation des dommages causés aux patients.

Les mots-clés: erreur, négligence, patient, médecin, dommage, responsabilité.

ABSTRACT

The article is devoted to the problem of medical error and negligence in the delivery of health care services. It presents this issue on the basis of court case law. The text shows examples of specific cases in which patients have been compensated. The author analyzes the reasons for the decisions, attempts to identify typical medical and legal issues, and the dominant line of jurisprudence in patient compensation cases.

Keywords: error, negligence, patient, doctor, damage, liability.

La question de l'indemnisation des dommages causés aux patients par le personnel médical dans le cadre de la prestation de services de santé est associée à deux situations fondamentales. La première se produit dans le cas de l'erreur dite médicale, la deuxième se produit dans le cas de négligence dans et en relation avec

la prestation de ces services. Selon l'auteur de cet article, ils doivent être distingués les uns des autres. Je vais donc ci-dessous entreprendre une analyse plus détaillée de cette question. Cela est délibéré en raison de l'augmentation observée des demandes d'indemnisation des patients, de leur sensibilisation croissante au droit et donc du besoin d'une formation juridique pour le personnel médical également.

La question susmentionnée prend constamment de l'importance. Ceci est associé à un accès de plus en plus facile à la législation médicale qui la régit et à de nombreuses études spécialisées dans ce domaine. À cet égard, Internet joue un rôle majeur. Le fait que de plus en plus d'avocats professionnels se spécialisent dans le domaine du droit médical est également significatif. Il n'y a pas si longtemps, il s'agissait d'un créneau, mais il évolue maintenant rapidement. Les facteurs indiqués, ainsi que l'utilisation de plus en plus répandue de conseils et d'assistance juridiques par les patients, signifient que le personnel médical doit également être sensible aux divers aspects juridiques de son fonctionnement professionnel. Ce fonctionnement, comme toute action humaine, est associé à diverses menaces et risques.

Compte tenu des questions soulevées, il convient de rappeler la définition législative et donc légale des services de santé. Ainsi, selon l'art. 2 point 1 point 10 de la Loi du 15 avril 2011 relative à l'activité médicale (Dziennik Ustaw RP 2011, n° 112, pos. 654), il s'agit des actions visant à préserver, sauver, restaurer ou améliorer la santé, et les autres activités médicales résultant du processus de traitement ou de dispositions distinctes réglementant les principes de leur exécution. Ces actions doivent être prises par le personnel médical. Ce concept relativise, institutionnellement, un groupe de personnes exerçant diverses professions médicales habilitées à fournir des services de santé, ainsi que des personnes ayant des qualifications professionnelles pour fournir des services de santé dans une mesure spécifique ou dans un domaine spécifique de la médecine (cf. article 2 point 1 point 2 de la loi sur l'activité médicale).

Au vu de ce qui précède, il convient de noter que la notion d'erreur médicale n'est pas la même que la notion de faute professionnelle médicale bien qu'elle soit souvent utilisée de manière interchangeable dans le langage quotidien. La première a une portée plus large, car elle s'applique également aux non-médecins. Cependant, il ne semble pas exact, parfois présenté dans la littérature, que les erreurs médicales sont aussi organisationnelles, techniques, etc., liées au mouvement des entités médicales⁶.

Ce sont plutôt des défauts qui provoquent son dysfonctionnement, résultant d'une erreur humaine à l'une des étapes d'organisation et de gestion de cette activité. M. Nesterowicz les associe à la soi-disant « faute organisationnelle »⁷. Selon

6 M. Wolińska, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej, Prokuratura i prawa, n° 5/2013.

7 M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2013, ed. X, p. 338.

lui, ce concept signifie l'organisation inappropriée d'une entité médicale, visible en l'absence d'un personnel médical approprié, des qualifications insuffisantes, des conditions de chirurgie ou de traitement inadéquates, et enfin une organisation défectueuse du processus de traitement. En ce sens, le terme « erreur médicale » peut donc être défini comme tout comportement d'une personne fournissant des services de santé qui est objectivement contraire aux principes de précaution généralement reconnus. Il couvre également les fautes professionnelles médicales, qui dépendent principalement de l'état actuel des connaissances dans le domaine de la médecine.

Les concepts clés de la réparation des erreurs médicales sont donc : la précaution, des règles plus strictement standardisées et une diligence raisonnable dans l'action. Cependant, ils peuvent également faire référence à la notion de négligence pendant et en relation avec la prestation de services de santé. Par conséquent, les directives qui en découlent exigent que la personne fournit les services de santé soit suffisamment qualifiée pour mener à bien une activité particulière, exercer cette activité à l'aide de l'appareil ou de l'outil approprié, en outre, l'exécuter conformément à la procédure médicale adoptée, c'est-à-dire d'une manière appropriée et standardisée. Par conséquent, la question de la précaution est liée à la question de la diligence dans la prestation des services de santé, et il est important d'adopter le terme « due » comme une mesure de cette diligence, ainsi que de le relativiser aux circonstances médicales données (par exemple, chirurgie). Il convient de se demander si la définition de la diligence raisonnable prévue à l'article 355(1) du Code civil est suffisante pour cela.

En analysant la question susmentionnée, il convient de noter qu'elle a fait l'objet de nombreuses décisions judiciaires. Cependant, ils concernaient généralement des relations variables, analysées dans le contexte d'une réalité économique en constante évolution. Il s'avère que l'appréciation de la diligence raisonnable selon les critères de l'art. 355 § 1 du Code civil est assez difficile.

Néanmoins, un certain nombre de lignes directrices interprétatives de cette disposition peuvent être trouvées dans les décisions judiciaires. Ainsi, en principe, la diligence raisonnable doit être comprise comme la diligence généralement requise dans une relation donnée. Son schéma est donc objectif. Sa référence à la pratique, à son tour, nécessite de déterminer la procédure optimale pour les conditions données, puis de comparer le comportement du débiteur avec elle. Cette méthode doit être normalisée de manière appropriée et approuvée socialement. On peut supposer que la personne qui fournit des services médicaux est un débiteur en ce sens qu'il existe une relation résultant d'une obligation entre lui-même et le patient sur la base de laquelle il fournit ces services.

La question de savoir si, dans l'examen de circonstances particulières, elle peut être accusée d'un manque de diligence raisonnable dans l'exécution de ses devoirs est déterminée non seulement par l'incompatibilité de sa conduite avec

le modèle établi, mais aussi par la possibilité et l'obligation d'anticiper les conséquences appropriées du comportement, déterminées par l'expérience de vie. Cependant, l'appréciation du devoir de précaution ne peut être formulée en tenant compte des obligations inapplicables, détachées de l'expérience, des règles professionnelles, des circonstances particulières ou du type de relations (cf. arrêts de la Cour suprême du 17 mai 2012, I CKN 1180/09, LEX n° 1172457, du 23 octobre 2013, V CK 311/02, LEX n° 82272, du 8 juillet 2008, III CKN 574/07, LEX n° 462941).

Si les remarques générales ci-dessus sont transférées au domaine du droit médical, il convient de noter que les relations médico-légales constituent un type particulier de relation. Les circonstances liées à la prestation de services de santé sont également des circonstances spéciales⁸. Cela soulève la question de savoir si le critère d'évaluation de la diligence raisonnable selon les règles générales est suffisant ici, ou s'il doit être qualifié pour les relations médicales, c'est-à-dire la plus grande diligence possible dans une situation particulière (par exemple lors d'une intervention chirurgicale). L'auteur de l'article ne partage pas l'opinion exprimée précédemment par la partie de la doctrine selon laquelle une diligence raisonnable dans des situations médicales signifie maintenir une attention et une précision suffisantes⁹. Le personnel médical, en particulier les médecins, exerce la profession de confiance publique. Ils jouent également un rôle particulier dans la société. Le bien suprême, qui est la vie et la santé humaines, ainsi que l'avenir des patients dépendent de leurs activités, décisions, connaissances et compétences.

La responsabilité juridique ne peut donc pas être simplement inscrite dans les principes généraux du droit civil. Les conséquences d'actions ou d'omissions indésirables du personnel médical peuvent être incomparablement plus graves pour les patients que, par ex. l'exécution défectueuse d'un contrat de vente. Par conséquent, leur responsabilité civile doit tenir compte d'une certaine situation et circonstances spécifiques liées à la prestation de services de santé. Ce contexte comprend, par exemple, des règles qui déterminent si le personnel médical a fait preuve de diligence raisonnable ou s'il doit tenir compte des conditions dans lesquelles il a agi, et s'il a pu agir conformément aux principes de précaution et aux connaissances médicales actuelles dans ces conditions.

Le développement de la médecine, le respect des normes éthiques en matière de prestation des services de santé, ainsi que les droits du patient, signifient que la tendance à la norme de soins spéciaux, et donc aux soins les plus élevés dans la fourniture de services médicaux, est prononcé. Les services de santé hau-

8 D. Korytkowska, Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego, *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica*, n° 274/2012.

9 K. Bączyk-Rozwadowska, Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego, *Prawo i Medycyna* 2008, n° 3, p. 39. Aussi cet auteur : *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.

tement spécialisés (par exemple dans le domaine de l'électroradiologie, certaines interventions dentaires) peuvent désormais être traités comme nécessitant justement ces précautions et cette diligence, et il est important qu'ils soient possibles dans les conditions de traitement données.

La Cour suprême a également une position similaire. Pour déterminer la diligence raisonnable, il a souligné la nature professionnelle des activités du médecin. Pour cette raison, sa diligence doit être particulièrement élevée, car elle est définie par la norme du professionnel. Dans un arrêt du 29 octobre 2003, la Cour suprême a donc jugé que le médecin devait effectuer des interventions chirurgicales conformément à l'art de la médecine et à la science médicale et avec le plus grand soin requis d'un professionnel¹⁰. Du point de vue de la question de l'article, il est important que le concept susmentionné de diligence raisonnable, ainsi que de précaution dans l'action, puisse être utilisé à la fois pour l'évaluation d'une erreur médicale et d'un comportement médical caractérisé par la négligence. Cette conclusion mérite d'être développée.

Lors de l'analyse de la relation entre une violation des règles de précaution et une erreur médicale, il convient de se demander s'il s'agit d'un comportement contraire à un comportement spécifique et général des entités médicales, en particulier des procédures médicales ou paramédicales (par exemple, l'administration de médicaments et la mesure de la température à horaires spécifiques), ou adaptés à une situation spécifique, c'est-à-dire individualisé¹¹. Selon l'auteur du texte, il est possible de déterminer s'il y a eu une erreur médicale que dans des circonstances médicales spécifiques et individualisées (par exemple pendant une intervention chirurgicale, une radiothérapie).

Il en résulte la reconnaissance du fait qu'une violation des règles de précaution dans la prestation des services de santé n'aurait pu se produire que dans de telles circonstances. Cela détermine la nature modale du concept de prudence, car il doit être lié aux exigences qu'ils imposent. En milieu hospitalier, ils seront différenciés par leur caractère. Différentes précautions sont nécessaires lors de la mise en place de la canule dans la chambre d'un patient et différentes lors d'une chirurgie à cœur ouvert dans le bloc opératoire. À la lumière de ce qui précède, il n'est pas difficile de faire la distinction entre une erreur médicale et une négligence dans la prestation de services de santé¹². Il est à noter que la littérature du sujet et les décisions judiciaires prévalent sur la position selon laquelle, dans les limites de

10 Ref. act III CK34/02, Jurisprudence of Common Courts 2005/4, pos. 54.

11 M. Efir, Błąd lekarski – aspekty prawne, *Dermatologia Praktyczna* 2009, n° 2 (2), vol. I, p. 88. Voir aussi : P. Kardas, Błąd w sztuce medycznej a odpowiedzialność karna lekarza. Kilka uwag o przesłankach bezprawności zachowania lekarza wykonującego zabieg diagnostyczny lub leczniczy, *Bioetyczne Zeszyty Pediatrii* 2007, n° 4, p. 78–96.

12 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, LexisNexis, Warszawa 2012, p. 124.

l'erreur médicale, il n'y a que des situations dans lesquelles le dysfonctionnement du comportement du personnel médical (par exemple des médecins) est dû au non-respect des règles de la « science médicale », « la connaissance et l'art de la médecine » ou « la connaissance et la pratique médicales ».

Le non-respect de ces règles signifie toujours un manque de prudence qualifié, c'est-à-dire grave, qu'il s'agisse d'un non-respect de procédures médicales, de directives résultant de l'expérience et de la pratique médicales (erreurs médicales), ou d'une action précipitée, sans se soucier de son exactitude et de sa fiabilité (négligence). Il convient donc d'être d'accord avec M. Nestorowicz et R. Kędziora que les cas d'erreurs médicales ne comprennent pas les cas de non-respect par le personnel médical, y compris en particulier les médecins, des règles de déontologie applicables, dont la violation peut être établie sans référence aux connaissances spécialisées (ex. laisser un corps étranger dans le champ opératoire)¹³.

Cependant, ils peuvent être qualifiés de négligence. C'est le contraire de la diligence. Cela signifie soit ne pas entreprendre d'actions ou d'activités spécifiques en ignorant leur signification, soit effectuer une tâche de manière imprudente, sans se soucier de l'exactitude, de la fiabilité ou du respect des éventuelles exigences (légales, techniques, formelles, etc.). La négligence est toujours répréhensible¹⁴. Elle peut également se manifester par l'inaction requise par les connaissances médicales. En tant que tel, il est qualifié pour délit (cf. Livre III, Titre VI du Code civil). Afin de mieux illustrer les différences entre l'erreur médicale et la négligence dans la prestation des services de santé, il convient de donner quelques exemples. Toutefois, au départ, il convient de noter que l'analyse des dossiers judiciaires dans les cas de réparation d'erreurs médicales commises par des médecins conduit à la conclusion que les actions reposent, en règle générale, sur la construction d'une erreur thérapeutique.

Il convient donc de rappeler que la littérature médicale et juridique indique qu'une erreur thérapeutique se produit dans les cas suivants : 1. choisir la mauvaise méthode ou une méthode de traitement défectueuse (par exemple, enregistrer le mauvais médicament ou ne pas être informé au sujet de son utilisation), 2. une opération mal exécutée, 3. étendre le champ opératoire sans besoin ni nécessité, 4. agissant à l'encontre des principes reconnus de la connaissance médicale ou manifestation en violation des règles de procédure médicale généralement prouvées lorsque, d'un point de vue objectif, une telle erreur ne devrait pas être commise par un médecin. Cependant, le principe juridique est que la responsabilité d'un médecin pour le préjudice causé à un patient peut résulter d'une erreur

13 M. Nesterowicz, Odpowiedzialność cywilna placówki medycznej a odpowiedzialność cywilna lekarza - zarys problemu w kontekście analizy przypadku, *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, n° 1/ 2015, p. 32-42; R. Kędziora, Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych, Warszawa 2009.

14 Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999, p. 37-38.

coupable. Une erreur médicale agissant à l'encontre des principes reconnus de la connaissance médicale répond à un élément objectif de culpabilité.

La situation suivante a été examinée dans l'une des affaires devant le tribunal régional de Poznań. Le plaignant (patient) a indiqué que le 8 juin 2010, il avait subi une intervention chirurgicale pour enlever la hernie inguinale droite dans département de chirurgie générale et traumatologique de l'un des hôpitaux de Poznań. Le plaignant était dans cet hôpital du 5 juin 2010 au 15 juin 2010. Avant l'opération, il n'avait pas de plaintes liées à la présence de la bactérie *Staphylococcus aureus* dans son corps. Une semaine après la chirurgie, le contrôle postopératoire a révélé que la plaie postopératoire saignait et était purulente. En conséquence, le patient a été contraint de se rendre à la clinique de chirurgie pendant environ 2 mois. Là, cependant, il a été assuré que sa situation était typique, de sorte que la blessure guérirait dans un proche avenir. Après cette période, la plaie a considérablement diminué, mais il y avait toujours un trou purulent. Ce n'est que le 6 octobre 2014, à la demande du patient, qu'un test d'écouvillons a été effectué. En conséquence, il a été déterminé qu'il y avait une infection à *Staphylococcus aureus*. Un traitement pharmacologique supplémentaire n'a pas conduit aux résultats attendus, notamment en raison d'un diagnostic tardif de l'infection.

Enfin, le 23 mars 2016, le treillis a été retiré après une précédente intervention chirurgicale pour hernie inguinale par une autre procédure avec le diagnostic de « fistule purulente dans la cicatrice après chirurgie de hernie inguinale droite ». Dans l'affaire ci-dessus, la Cour a estimé que les médecins avaient commis la soi-disant erreur thérapeutique. L'évaluation de la Cour était justifiée par le fait que le patient était infecté par *Staphylococcus aureus* à l'hôpital, comme les experts ont exclu qu'il soit infecté au cours des procédures précédentes en raison de la période de 30 jours d'apparition des premiers symptômes. Aucun antibiotique n'a été administré au patient le jour de l'intervention, ce qui est une pratique courante précisément pour éviter d'infecter ou au moins réduire le risque d'une telle infection. Les premiers signes d'infection sont apparus dès 3 jours après la sortie de l'hôpital, mais le personnel médical de l'hôpital a refusé de prélever un tampon sur la plaie pour déterminer les causes de la suppuration. Il était donc difficile de supposer que de tels symptômes sont le résultat normal de l'opération.

Cependant, dans la situation reconstituée par le tribunal, il y avait aussi une grave omission, caractérisée par une négligence grave. Cette situation est en effet assez typique pour divers événements médicaux, dans lesquels les erreurs médicales sont accompagnées de négligence, visibles dans les activités du personnel médical. L'apparition de purulence dans la plaie et les problèmes de cicatrisation doivent alerter pour effectuer des tests afin de clarifier les causes d'un tel état du patient. Cependant, cela ne s'est pas produit. Le personnel de l'hôpital défendeur a omis de façon flagrante de telles activités, exposant le patient non seulement à la souffrance, mais aussi à un danger de mort en cas d'infection d'autres organes.

L'écouvillon de la plaie du plaignant n'a été prélevé que près de 5 ans après l'apparition des premiers symptômes de l'infection au *Staphylococcus aureus*. La source d'infection due à l'inefficacité de l'antibiothérapie n'a été éliminée que lors de la prochaine intervention chirurgicale visant à retirer un treillis précédemment attaché. Selon une jurisprudence judiciaire cohérente, il est donc nécessaire de faire la distinction entre l'erreur médicale et la procédure qui présente les caractéristiques de la négligence.

Un exemple typique de celui-ci est également de laisser divers instruments chirurgicaux ou pansements dans le corps du patient après la chirurgie. Par exemple, dans l'année 2014, la Cour suprême a statué que laisser une compresse de gaz après une intervention chirurgicale dans la cavité abdominale, entraînant la mort du patient, était une négligence grave du médecin traitant¹⁵. Par conséquent, la Cour lui a attribué non seulement des lacunes dans les connaissances médicales, mais aussi une négligence organisationnelle et un manque de contrôle sur le travail de l'ensemble de l'équipe opérationnelle. Une douzaine d'années plus tard, la cour d'appel de Lublin a adopté une position similaire. Par un jugement du 2 décembre 2009, le tribunal a ordonné une indemnisation pour préjudice subi par un patient pour avoir laissé une pince chirurgicale dans la cavité abdominale de 17 cm de long et 8 cm de large après l'excision de la vésicule biliaire. Ce fut la cause de douleurs à long terme, que les médecins successifs diagnostiquèrent à la suite de maladies rénales, hépatiques, pancréatiques et cardiaques. Son traitement a échoué. La présence de pinces n'a été mise en évidence que par une radiographie, prise au bout de 6 ans à l'initiative du patient, et donc en privé.

D'autres exemples pourraient être donnés, mais il n'y a pas de place pour cela. Ainsi, il suffit de dire que le fait de laisser un corps étranger dans le corps du patient, en cas d'indemnisation pour défaut de prestation de services de santé, n'est pas traité par les tribunaux de droit commun comme une erreur médicale, mais simplement comme une négligence. Sa détermination préjuge généralement de la culpabilité du médecin, et donc de sa responsabilité délictuelle, c'est-à-dire pour délit, par rapport à laquelle le patient a été blessé. Dans ce cas, la culpabilité du médecin traitant ne peut être mise en cause que sur la base de l'existence de circonstances extraordinaires dont la survenance doit cependant être prouvée (article 6 du Code civil). Un exemple de ceci peut être la chirurgie dans des conditions difficiles en dehors de l'hôpital. La négligence au cours des opérations chirurgicales est une négligence particulièrement scandaleuse. Leurs auteurs sont des médecins qui peuvent être tenus non seulement d'exercer une diligence raisonnable au sens général du Code civil (cf. article 355 § 1 du Code civil), mais aussi

15 Voir: Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2014 r., sygn. V KK 162/14; LEX nr 1573978; <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/v-kk-162-14-ustalenia-w-przedmiocie-nieumyslności-a-521667674>; accès 03.02.2021.

d'une diligence qualifiée, et donc la plus élevée¹⁶. Cependant, des exemples de cas impliquant d'autres personnes exerçant la profession médicale peuvent également être donnés. L'analyse des dossiers judiciaires montre qu'il y a souvent des erreurs dans l'administration des médicaments par les infirmières dans les hôpitaux.

Un exemple typique de négligence est également des cas de violation des principes élémentaires de maintien de la propreté et d'asepsie par des analystes médicaux, des physiothérapeutes ou des électro-radiologues ou des infections hospitalières de patients par le virus de l'hépatite¹⁷. Dans l'une des affaires entendues par la cour d'appel de Poznań, il a été déclaré qu'à l'hôpital, il était impossible de donner du sérum à un patient qui avait été mordu par un chien parce que l'infirmière avait perdu la clé de l'armoire à pharmacie.

Les exemples mentionnés ci-dessus montrent ainsi qu'un certain nombre d'autres règles de précaution applicables au personnel médical dans la prestation quotidienne des services de santé restent en dehors des limites de l'erreur médicale. Leur non-respect a souvent des effets similaires au non-respect des indications des connaissances médicales actuelles. En conséquence, cela peut affecter la survenance de la responsabilité délictuelle, c'est-à-dire un délit. Toute situation relative à la prestation de services de santé peut causer des dommages ou un préjudice au patient si elle enfreint les règles de précaution. Il n'est pas pertinent de savoir s'ils concernent une mise en garde généralement établie, par ex. maintien de la propreté, ou aseptie dans les hôpitaux, ou précaution particulière requise, par ex. pendant la chirurgie. En d'autres termes, une violation des principes de prudence peut remplir les attributs d'une erreur médicale si elle se manifeste au mépris de la rigueur de la procédure médicale, ou de la négligence, si cela signifie une action peu fiable, quelconque ou chaotique.

Pour résumer tout ce qui a été dit dans cet article sur l'erreur médicale et la négligence, il convient de tirer quelques conclusions finales. Ainsi, le fondement de la responsabilité délictuelle pour les dommages causés aux patients par le personnel qui fournit des services peut être deux conditions préalables importantes. La première est une erreur médicale, c'est-à-dire un comportement contraire à l'état actuel et aux règles des connaissances médicales. La seconde est le manque de diligence raisonnable, c'est-à-dire la négligence liée au non-respect des règles de conduite des entités médicales ainsi que des principes de leur fonctionnement. Dans cette approche, le concept d'erreur médicale est croisé avec le concept de manque de diligence. Dans certains cas, il peut également en résulter. Par exemple, cela se produit dans des situations où la divergence par rapport à la procédure médicale se produit en raison du manque de tous les instruments chirurgicaux nécessaires, du manque de pansements appropriés, de médicaments, etc.). Les prin-

16 R. Szostak, M. Kozak, Odpowiedzialność karna za błędy w sztuce medycznej, *Studia Prawno - ustrojowe* 2014, n° 25.

17 Voir le jugement dans l'affaire I ACa 112/2010 Cour d'Appel de Poznań.

cipes d'organisation et de fonctionnement appropriés des entités médicales restent en dehors de la question de l'erreur médicale. Ils renvoient à un domaine différent de celui des connaissances médicales et de la pratique strictement médicale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

K. Bączyk-Rozwadowska, Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego, *Prawo i Medycyna* 2008, n° 3, p. 39. Aussi cet auteur : *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.

K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna z a szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007.

M. Efir, Błąd lekarski – aspekty prawne, *Dermatologia Praktyczna* 2009, n° 2 (2), vol. I.

P. Kardas, Błąd w sztuce medycznej a odpowiedzialność karna lekarza. Kilka uwag o przesłankach bezprawności zachowania lekarza wykonującego zabieg diagnostyczny lub leczniczy, *Bioetyczne Zeszyty Pediatрії* 2007, n° 4.

R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.

M. Kis-Wojciechowska, Z. Przybylski, Błąd medyczny, *Homines Hominibus* 2011, vol. 7, p. 139.

A. Klich, Paternalizm czy współodpowiedzialność? Stosunek lekarz-pacjent a zgoda pacjenta na zabieg medyczny w polskim porządku prawnym, *Prawo i Medycyna* : version web : prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1031 ; accès le 27 janvier 2020:

D. Korytkowska, Pojęcie błędu medycznego i zdarzenia medycznego, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Oeconomica*, n°274/2012.

M. Lewicki, Pojęcie sankcji prawnej w prawie administracyjnym, „Państwo i Prawo” 2002, n° 8.

A. Liszewska, Wątpliwości wokół pojęcia błędu w sztuce lekarskiej”, *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Iuridica* 60 (1994).

Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 1999.

M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2013, ed. X.

M. Nesterowicz, Odpowiedzialność cywilna placówki medycznej a odpowiedzialność cywilna lekarza - zarys problemu w kontekście analizy przypadku, Rozprawy Ubezpieczeniowe, n°1/2015.

M. Nesterowicz, Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych, LexisNexis, Warszawa 2012.

M. Serwach, Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, Medycyna Praktyczna, n° 2/2016.

T. Sroka, Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie, Warszawa 2013.

R. Szostak, M. Kozak, Odpowiedzialność karna za błędy w sztuce medycznej, Studia Prawno - ustrojowe 2014, n° 25.

M. Wolińska, Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej, Prokuratura i Prawo, n° 5/2013.

Recebido em: 01/05/2021
Aprovado em: 11/05/2021

