

Article spécial

Responsabilité de l'anesthésiste et corrida

The anaesthetist's liability and bull fights

N. Franchitto^{a,b,*}, L. Gavarric^c, I. Zavaleta^d, N. Telmon^b, D. Rougé^b

^a Département d'anesthésie et de réanimation, CHU de Toulouse, université Paul-Sabatier, 1, avenue Jean-Poulhès, TSA 50032, 31059 Toulouse cedex 09, France

^b Service de médecine légale, CHU de Toulouse, université Paul-Sabatier, 1, avenue Jean-Poulhès, TSA 50032, 31059 Toulouse cedex 09, France

^c Centre d'étude et de recherche sur les contentieux, faculté de droit, 83000 Toulon, France

^d Médecin généraliste, 40300 Peyrehorade, France

Reçu le 8 novembre 2006 ; accepté le 21 février 2007

Disponible sur internet le 10 mai 2007

Note : au regard de la collaboration entre les médecins anesthésistes, les médecins légistes et les juristes sur ce sujet important et innovant de la responsabilité médicale, et de l'intérêt du sujet pour les médecins anesthésistes, les chirurgiens et les hommes de loi, une partie de ce texte sera publiée dans la Revue de Recherche Juridique et de Droit Positif n° 4, année 2006, éditée par la faculté de droit et de science politique d'Aix-Marseille

Résumé

Que l'on soit « *aficionado* » ou profane, la taumachie ne peut laisser indifférent. Le risque de blessure pour le torero est constant. Une équipe médicale composée de chirurgiens, d'anesthésistes, de médecins urgentistes, ainsi que d'infirmières, est présente pendant le spectacle. Pour le couple anesthésiste–chirurgien, le torero blessé est une urgence car les pronostics vital et fonctionnel sont menacés. L'exercice en équipe doit être conforme aux diligences normales et au code de déontologie médicale car le manque de coordination entre les praticiens est sanctionné par la justice au même titre que la faute technique. Plusieurs spécificités de cet exercice médical méritent d'être soulignées. D'une part, les limites du cadre juridique de la corrida, et d'autre part, la nature de l'équipe médicale qui peut réunir à la fois des médecins ayant une activité habituelle dans un établissement public de santé et d'autres ayant un exercice dans un établissement de santé privé. Cette particularité induit alors des différences de régime de responsabilité et il faut distinguer la responsabilité civile de la responsabilité administrative qui permettent chacune à la victime d'obtenir l'indemnisation du préjudice subi, mais dont les conséquences pour le médecin sont différentes. L'exercice le plus souvent volontaire et bénévole des anesthésistes ne les exonère pas de leur responsabilité. Enfin, une question qui se pose fréquemment est de savoir si le médecin est couvert par son assurance professionnelle lors de cet exercice occasionnel dans les arènes.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Whether you are an *aficionado* or completely uninitiated, everyone has an opinion on bull-fighting. The bull-fighter is in constant risk of injury. A medical team made up of surgeons, anesthetists, emergency physicians and nurses remains present throughout the show. For the anaesthetist and surgeon, a wounded bullfighter is an emergency because the vital and functional prognosis are engaged. The team must act in conformity with normal practice and the Code of Medical Ethics because any lack of coordination between the practitioners is punishable by law in the same way as technical fault. Several specific aspects of this type of medical procedure should be highlighted: firstly, the legal restrictions within the *corrida*, and secondly, the nature of the medical team, which may be comprised of doctors normally based within a public health institution and others who practice in a private health establishment. The particularity of the situation reveals differences in the system of liability, and civil liability must be distinguished from administrative liability: both of these allow the victim to obtain compensation for harm caused, but the consequences of each are different according to doctor status. The fact that the anaesthetists frequently work on a voluntary and benevolent basis does not exonerate them from liability. Lastly, a question frequently addressed is whether or not the doctor is covered by his professional insurance when he is on ringside duty.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : franchitto@club-internet.fr (N. Franchitto).

Mots clés : Corrida ; Responsabilité médicale ; Anesthésiste ; Urgence ; Jurisprudence ; Assurance professionnelle

Keywords: Bullfight; Medical liability; Anaesthetist; Emergency; Case law; Professional insurance

1. Introduction

La chirurgie taurine n'est pas une spécialité médicale enseignée pendant les études de médecine. Elle revêt des particularités du fait, d'une part de la spécificité de certaines lésions, avec une variabilité importante selon les toreros et les taureaux, et d'autre part du fait de son exercice en urgence dans des structures peu adaptées. Les médecins taurins français sont des « *aficionados* », ayant un exercice médical hospitalier ou libéral. Leur passion pour la corrida et leur expérience des arènes ne leur permet pas d'ignorer la gravité potentielle des blessures qu'ils auront à traiter quel que soit le spectacle. Cette réalité ressort très bien de l'adage selon lequel « *il n'y a pas de petite ou de grande arène, de petits ou de grands taureaux, il y a une corne qui à tout moment peut tuer* ». Les risques sanitaires indissociables des spectacles taurins, les conditions extrêmes d'exercice de la médecine dans les arènes et le développement actuel de la responsabilité médicale ont incité les médecins taurins à s'intéresser au risque de voir leur responsabilité engagée. L'activité médicale est le plus souvent bénévole et volontaire, ce qui n'exonère pas les médecins d'une mise en cause de leur responsabilité. L'obligation pour les médecins de souscrire à un contrat d'assurance en responsabilité civile professionnelle impose que l'on s'intéresse à l'utilité que pourrait avoir le recours au contrat dans cette situation.

2. Blessure taurine et ses spécificités

2.1. Généralités

Les blessures par cornes de taureau sont fréquentes. Entre 1991 et 2002, les médecins des arènes ont pris en charge 1450 blessures [1]. Le pronostic vital du torero a été engagé dans près de 28 % des cas. Les lésions sont classées en fonction de leur taille et de leur profondeur. Trois types de lésions sont habituellement décrits. Le *varetazo* est une contusion d'organe consécutive à une blessure de « *plat de corne* », pouvant être responsable de lésions plus importantes en raison de la force du taureau. Il est souvent associé à un hématome (*varetazo con sangre*). En 1968, Currito de Grana a été victime d'un *varetazo abdominal* dont les signes cliniques d'irritation péritonéale ont été tardifs. L'intervention chirurgicale réalisée a permis le diagnostic d'une nécrose d'une partie de l'intestin grêle provoquée par l'écrasement de ce dernier contre la colonne vertébrale. Le torero a succombé à ses blessures.

Le *puntazo* quant à lui est secondaire à un coup de corne au niveau de la pointe et provoque une plaie pénétrante sur une courte distance. Cette lésion est généralement de bon pronostic. Enfin la *cornada* correspond au coup de corne proprement dit et se traduit par une plaie pénétrante avec risque de lésions à distance du point d'impact [2]. Le mécanisme de la *cornada* est complexe. Le taureau par sa morphologie, sa puissance et

la direction du coup de corne (généralement orienté de haut en bas), peut créer des lésions variées en fonction du point de contact. La forme conique de la corne, sa longueur qui peut atteindre quarante centimètres et son diamètre à la base jusqu'à quinze centimètres permettent d'expliquer l'importance des lésions. De plus, les mouvements secondaires de la tête du taureau lorsque le torero est « *suspendu* » à la corne, dans le but de se séparer du corps blessé, l'élasticité du corps humain, les microvibrations qui animent la corne sont à l'origine des possibles lésions d'organes à distance du point d'impact, ce qui rend difficile l'intervention des chirurgiens [3]. Les plaies par corne de taureau sont souillées ce qui indique une antibiothérapie adaptée.

2.2. Cornada : la lésion spécifique

2.2.1. Cornada des membres inférieurs

Elle survient le plus souvent à la cuisse qui est exposée aux cornes du taureau tout au long du spectacle et surtout quand le torero réalise un mouvement latéral sur la corne avant la mise à mort. Les trajectoires de la corne peuvent être multiples et entraînent des lésions complexes. La complexité des lésions dépend de la forme de la corne qui si elle est ronde ne peut entraîner uniquement des contusions vasculaires, alors que, si la corne est abîmée ou présente des esquilles, le risque de plaie vasculaire est plus grand. Les lésions veineuses (veine saphène et fémorale) sont les plus fréquentes, mais les plaies artérielles sont les plus redoutées car elles se compliquent d'une hémorragie et peuvent entraîner un état de choc. Les médecins présents lors du spectacle doivent être vigilants au moment de la *cornada* car les trajectoires multiples de la corne sont la source de difficultés de diagnostic. En septembre 2000, *David Santos a été victime d'une cornada de la cuisse dont la trajectoire était ascendante. L'artère et la veine fémorales ont été disséquées, la profondeur de la blessure sur environ trente centimètres a aussi provoqué une contusion des veines saphènes et iliaques. Le 25 avril 1999, le torero Manuel Bejarano, au moment de l'estocade, reçoit une cornada de la face interne de la cuisse droite. Le muscle abducteur est sectionné et l'artère fémorale est disséquée sur 15 centimètres. L'exploration chirurgicale montre une plaie ayant deux trajectoires* [2].

2.2.2. Cornadas abdominopelvienne et périnéale

Elles peuvent être la source d'hémorragie intra-abdominale quand elles perforent un organe plein (rate, foie...). Dans les blessures par coup de corne intra-abdominale, le risque de contamination infectieuse est important en cas de perforation du côlon. En cas de doute sur une atteinte intrapéritonéale, ces blessures seront explorées au bloc opératoire. Pour la localisation périnéale, une attention particulière doit être portée aux organes du système urinaire. Les lésions génitales peuvent provoquer une éviscération du scrotum. Plusieurs exemples peu-

vent être cités : *Chamon Ortega, novillero, est blessé le 5 septembre 1997. Il est soigné à l'infirmierie pour un puntazo du scrotum. Secondairement, il présente des douleurs importantes pelviennes. Aux urgences, il est diagnostiqué une cornada ayant disséqué l'urètre et produit des déchirures des corps caverneux.*

Plus grave, le 28 août 1998 le banderillero Juan Pedro Alcudud alors qu'il posait des banderilles chute et reçoit une cornada en région ischiorectale droite. Il est réalisé une laparotomie sous-ombilicale qui diagnostique une rupture de cinq centimètres de la face postérieure de la verge avec désinsertion complète et une plaie de 12 centimètres, parallèle au canal anal, avec rupture complète du sphincter anal externe.

2.2.3. Cornada des membres supérieurs

Ces lésions surviennent le plus souvent lors de la pose des banderilles ou lorsque l'homme est au sol. Des lésions vasculonerveuses et tendineuses sont décrites. *Par exemple, le 15 août 1995, Manuel Ruiz Manili après avoir glissé au sol, reçoit une cornada en zone axillaire droite. La trajectoire est multiple, d'abord ascendante, puis en direction descendante et antérieure. La cornada rompt le muscle pectoral sans pénétrer en région thoracique. Une autre trajectoire au niveau du creux axillaire sur la face interne et supérieure du bras rompt la veine céphalique et provoque une contusion de la veine et de l'artère axillaires.*

2.2.4. Cornada thoracique

À la face antérieure du thorax, les atteintes cardiaques sont rapidement fatales. Ce fut le cas du *banderillero Curro Valencia, le 27 juillet 1996, qui est encorné en région thoracique antérieure. La plaie de dix centimètres saigne abondamment et est associée à un emphysème sous-cutané du thorax et du cou. Le diagnostic d'hémopneumothorax est posé, associé à une rupture d'une veine pulmonaire. Il présente un arrêt cardiorespiratoire qui ne pourra être réanimé. Le 1^{er} mai 1992 Manolo Montoliu est victime d'une blessure directe du cœur. La mort fut quasi immédiate.*

Les atteintes pulmonaires peuvent entraîner une insuffisance respiratoire aiguë et nécessiter un drainage thoracique en urgence. Par exemple, le 19 septembre 1996, *David Santiago Castro durant la faena de muleta est victime d'un traumatisme thoracique ouvert par coup de corne. Le thorax est instable. Il est diagnostiqué un hémopneumothorax consécutif à une rupture des vaisseaux mammaires. Une thoracotomie est réalisée en urgence avec ligature des vaisseaux mammaires et double drainage.*

À la face postérieure du thorax, il faut, en plus, craindre des fractures vertébrales avec atteinte médullaire. On peut citer la blessure de *José Luis Bote, le 12 mai 1992, qui reçoit une cornada en région thoracique postérieure en projection des 10^e et 11^e vertèbres dorsales provoquant une fracture luxation avec une contusion médullaire qui entraîne des paresthésies des membres inférieurs [2].*

2.2.5. Cornadas cervicales

Elles sont rares mais graves au regard de leur localisation et de la complexité de l'anatomie de cette région. Les atteintes de la trachée peuvent engager le pronostic vital à court terme. Pour mémoire, en 1974 à Tyrosse, *Garbancito reçoit une cornada cervicale qui entraîne une rupture complète de la trachée, l'intubation directe de la trachée par l'orifice de la cornada a stabilisé l'état respiratoire permettant son transport à l'hôpital de Bayonne et la suture de la trachée.*

Ces cornadas peuvent se compliquer de fractures cervicales. On peut citer le cas de *Juan José Padilla qui, le 14 juillet 2001, présente une plaie pénétrante en région cervicale supérieure gauche. Les lésions sont importantes et associent une contusion du muscle sternocléidomastoïdien, dissection de l'œsophage, et fracture de deux cervicales dans le plan postérieur, la corne ressortant de l'autre côté.*

2.3. Blessures civiles

Il s'agit des blessures qui ne sont pas spécifiques à la corrida. Elles peuvent être provoquées non pas par la corne du taureau, mais par le corps de l'animal ou les sabots en cas de piétinement et être à l'origine de contusions et de fractures. Les toreros peuvent se blesser avec les armes (banderilles, épée, pique), dont le risque septique n'est pas à négliger. Les blessures civiles sont essentiellement représentées par la traumatologie. Elles ne présentent pas de spécificité par comparaison aux lésions traumatiques rencontrées dans la pratique médicale courante, mais elles ont des conséquences importantes pour le torero car le traitement peut nécessiter des interventions chirurgicales, une immobilisation et de la rééducation, ce qui peut l'empêcher d'honorer ses contrats. Il peut aussi s'agir d'une chute de cheval comme ce fut le cas du picador *José Muñoz Ortiz victime d'un polytraumatisme fatal consécutif à un écrasement par son cheval le 22 mai 1999.*

3. Faits générateurs de responsabilité

La responsabilité médicale est une responsabilité pour faute. Elle s'apprécie selon le standard du « *bon père de famille* », modèle abstrait de l'homme normalement prudent et diligent, qui devient en l'occurrence, celui du « *bon professionnel de même spécialité* » [4].

Mais la responsabilité des professionnels de santé peut également être engagée sans faute, lorsque le dommage est causé par l'utilisation de produits de santé.

3.1. Défaut de précaution et de diligence

Il est de plus en plus reproché aux médecins [5]. Une négligence peut être imputée à l'anesthésiste qui ne s'assure pas de la sécurité nécessaire avant son intervention dans les arènes, c'est le cas d'une « *check-list* » incomplète. Un retard de prise en charge ou des moyens déployés insuffisants sont fautifs. Le défaut de précaution et de diligence peut être évoqué lors d'un manque de coordination entre l'anesthésiste et le chi-

urgien, notamment lors de l'indication d'une chirurgie urgente sur place dans les arènes, ou lors d'un transfert vers un centre hospitalier. Un soin particulier doit être apporté à la collaboration entre le chirurgien et l'anesthésiste, car ces décisions sont difficiles, et nécessitent une réflexion commune et une coordination efficace. De plus, le partage des responsabilités est possible, les condamnations se font alors « *in solidum* », les deux praticiens étant coresponsables de la conduite de l'intervention [6]. Chaque praticien a une obligation générale de prudence et de diligence à l'égard du patient, c'est-à-dire que chacun doit rester vigilant quant aux soins délivrés par les autres membres de l'équipe, sous peine de voir sa responsabilité engagée. Concernant l'exercice en équipe, le lien de subordination existant entre le médecin et l'infirmière impose qu'il est responsable de ses fautes dans la limite de ses fonctions.

3.2. Imprudence dans l'indication

C'est un principe essentiel en médecine, « *primum non nocere* ». C'est la constante balance entre les bénéfiques et les risques qui doit être évaluée. Il peut s'agir ici, d'une imprudence dans l'indication d'un geste chirurgical dans les arènes.

3.3. Utilisation du matériel

Il s'agit de l'utilisation des instruments chirurgicaux et des produits d'anesthésie. Le médecin anesthésiste peut répondre du fait du produit ou d'un instrument médical défectueux qu'il utilise pour les soins. Sa responsabilité est engagée même s'il ignorait le défaut du matériel utilisé et même dans les cas où les vérifications nécessaires ont été réalisées. L'article L. 1142-1 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 [7] évoque la responsabilité sans faute du praticien « *en raison d'un défaut de produit de santé* ». L'absence d'aléa dû au fonctionnement d'un produit de santé et la notion de sécurité qui est liée à son utilisation ont conduit à l'évolution vers une obligation de résultat [4]. Dans un second temps, le médecin aura la possibilité d'un recours contre le fournisseur et/ou le fabricant.

4. Corrida : un cadre juridique précaire

4.1. Évolution de la jurisprudence

Le code pénal autorise les corridas dans les régions disposant d'une tradition taumachique ininterrompue qui constitue une justification soustrayant le spectacle taumachique à l'incrimination d'acte de cruauté envers un animal [8]. Le caractère local de cette tradition est défini de façon relativement large par la jurisprudence. La Cour de Cassation en date du 27 mai 1972 précise que la tradition taurine bénéficie non plus aux seules villes mais aussi aux ensembles géographiques [9]. La Cour d'Appel de Toulouse va dans le même sens dans une décision du 30 janvier 1973 « *les toreros et les organisateurs d'une corrida ne peuvent être condamnés pour acte de cruauté et complicité, s'il est établi que la localité où la course*

a été organisée est comprise dans un ensemble démographique où existe une tradition ininterrompue... ». Cet ensemble démographique a été défini par la Cour d'appel de Bordeaux comme un ensemble « *déterminé par une culture commune, les mêmes habitudes, les mêmes aspirations et affinités, une même façon de ressentir les choses et de s'enthousiasmer pour elles, le même système de représentations collectives, les mêmes mentalités.* » [10]. Cependant, la corrida semble plus tolérée qu'encadrée par la loi. Il n'existe pas de dispositions législatives réglementant l'organisation et le déroulement du spectacle taurin.

4.2. Apport des médecins taurins

La création, en février 1966, de l'Union des villes taurines de France (UVTF), a constitué une avancée importante pour la définition d'un cadre général à l'organisation des corridas en France. L'UVTF propose aux villes adhérentes un règlement taurin municipal. En 1985, l'Association française de chirurgie taurine adopte le règlement taurin municipal et notamment les articles 11 à 18, qui précisent les dispositions relatives aux infirmeries dans les arènes. Lors des corridas, les médecins taurins assurent la « *garde médicale* » le plus souvent bénévolement, au sein de ces infirmeries décrites dans l'article 10 du règlement et dont les caractéristiques minimales de sécurité et d'asepsie sont précisées par les articles 12, 13 et 14.

La notion de « *médecin responsable* » est abordée dans l'article 15 du règlement taurin municipal : « *L'équipe médico-chirurgicale sera placée sous la responsabilité d'un spécialiste — chirurgien, transfuseur, etc. désigné comme médecin responsable — par le propriétaire ou le gérant de la "plazza", mairie, régie municipale, propriétaire privé, concessionnaire, etc.* ».

5. Nature de la responsabilité

C'est la détermination de la qualité du médecin au regard des règles de droit public et de droit privé qui permet de se prononcer sur le régime de responsabilité auquel il est soumis. Les règles des responsabilités civile et administrative diffèrent sur un certain nombre de points, bien que la loi du 4 mars 2002 et l'évolution jurisprudentielle aient semblé opérer certains rapprochements entre ces deux responsabilités en matière médicale. Ainsi, l'article L. 1142-28 du code de la santé publique a institué un délai de prescription commun aux actions en responsabilité médicale civile ou administrative qui est de dix ans à compter de la consolidation du dommage. De même, le médecin salarié d'une clinique a vu son régime de responsabilité civile aligné par la Cour de cassation sur celui du médecin hospitalier [11].

Déterminer la nature de la responsabilité du médecin qui officie dans les arènes est primordiale. En effet, des différences subsistent, notamment en ce qui concerne « *l'immunité* » accordée au médecin public en l'absence de faute personnelle, immunité que ne connaît pas le médecin libéral. De façon schématique, dans le cadre de la responsabilité administrative, le médecin n'est pas personnellement responsable lorsque le

dommage trouve son origine dans une faute de service. En revanche, en matière de responsabilité civile, il pourra être poursuivi pour les conséquences dommageables d'une faute. Il est donc intéressant pour le médecin de chercher, dès qu'il le peut, à bénéficier des règles de la responsabilité administrative, pour cela, il faut qu'il soit assimilé à un agent public, par le biais de la qualification de « *collaborateur occasionnel* » du service public.

5.1. Médecin taurin peut-il être assimilé à un agent public ?

Les médecins qui assurent la garde des infirmeries d'arènes peuvent tout d'abord intervenir dans le cadre de conventions passées entre l'organisateur de la corrida et leur « *employeur habituel* ». En effet, une convention peut exister, par laquelle un centre hospitalier met du personnel et du matériel médical à la disposition de l'organisateur pour la durée de la corrida. Dans ce cas, le médecin demeure un agent public hospitalier et sa responsabilité est engagée devant une juridiction administrative. De même, il est possible d'imaginer une telle convention entre l'organisateur et une clinique privée. C'est alors la responsabilité civile du médecin qui pourrait être engagée, voire dans certains cas celle de la clinique.

Mais il semble que la plupart du temps, les médecins interviennent à titre individuel et bénévole. C'est alors dans cette hypothèse qu'il faut déterminer s'ils ne peuvent pas être assimilés à des agents publics et bénéficier des règles de la responsabilité administrative.

L'anesthésiste taurin pourra se prévaloir des règles de la responsabilité administrative dès lors qu'il agit en qualité de collaborateur occasionnel du service public. Plusieurs conditions sont nécessaires. Il faut, d'une part que le médecin participe à l'exécution d'une mission de service public et d'autre part, que le lien de collaboration avec le service public soit direct. Il est important de préciser que le fait que le médecin ait un exercice public ou libéral habituel n'a pas d'incidence pour pouvoir se prévaloir de cette qualification de collaborateur occasionnel du service public dans le cadre de l'exercice médical dans les arènes.

5.1.1. Exécution d'un service public

Le service public est défini comme une activité d'intérêt général assurée ou assumée par une collectivité publique. L'organisation des fêtes locales traditionnelles constitue pour la jurisprudence administrative un service public communal. Ainsi, la qualité de collaborateur occasionnel a été reconnue à des particuliers qui, à la demande de l'administration, tirent des feux d'artifices [12]. Dans un domaine plus proche, le Tribunal des Conflits a qualifié de service public communal l'organisation d'un lâcher de taureaux dans les rues de la ville [13]. La corrida qui est à la fois une fête et une tradition constitue donc un service public communal. Il existe tout de même une exception au principe selon lequel l'organisation d'une fête traditionnelle relève du service public : il s'agit du cas où la commune n'assure aucune part de l'organisation de cette fête [14]. Cette solution ne peut pas être appliquée à la corrida. Dans les faits,

la commune, propriétaire des arènes qu'elle met à la disposition du délégataire ou du prestataire avec lequel elle passe un contrat assure la promotion de la manifestation et perçoit parfois les recettes. Elle reste l'acteur principal de l'organisation de la corrida. L'organisation des corridas relève donc du service public communal d'organisation des fêtes traditionnelles. En ce qui concerne la participation du médecin à cette mission de service public, sa présence est non seulement imposée par les dispositions du règlement taurin, mais elle est surtout rendue juridiquement nécessaire par l'obligation générale de sécurité à laquelle sont tenus les organisateurs vis-à-vis des participants. Le médecin participe donc à l'exécution d'un service public. Une autre argumentation concernant l'exécution d'un service public peut être réalisée si l'on considère que la corrida se déroulant sur le territoire de la commune, et présentant des risques certains pour l'intégrité physique des toreros, la justification de la présence médicale peut relever d'un second service public, celui des pouvoirs de secours du maire sur le territoire de sa commune.

5.1.2. Lien de collaboration entre le médecin et l'exécution du service public est-il direct ?

Nous venons de voir que le médecin apporte son concours à l'exécution d'une mission de service public. Mais encore faut-il, pour qu'il bénéficie de la qualité de collaborateur occasionnel, qu'il agisse de façon directe. En effet, si la jurisprudence admet facilement l'existence d'un service public, elle est en revanche plus exigeante pour apprécier le lien de collaboration. Le collaborateur du service public est celui qui « *apporte directement et de manière légitime, une contribution effective au service public* » [15]. Il ne suffit pas d'assister de près à l'exécution du service, ni même d'annoncer son intention d'y participer, ni de prendre des dispositions en ce sens [16]. C'est le lien entre la personne publique en charge du service public et le médecin taurin qu'il faut examiner. Sans dresser un panorama exhaustif des différents types d'organisation de corridas, on peut présenter deux schémas principaux : les marchés publics et la délégation de service public [17]. La commune organisatrice de la corrida est propriétaire des arènes et peut tout d'abord choisir la voie des marchés publics. Elle fera alors appel à un ou plusieurs prestataires qu'elle rémunère pour leurs prestations et encaissera directement les recettes du spectacle. Selon ce schéma, elle conserve la qualité d'organisateur. C'est donc sous son autorité qu'intervient le médecin taurin. Le lien direct entre ce dernier et l'exécution du service public est ici incontestable.

L'autre schéma d'organisation des corridas peut soulever des difficultés. En effet, dans le cadre d'une délégation de service public, la commune abandonne la qualité d'organisateur au délégataire qui se rémunère lui-même sur les recettes de la manifestation. Le médecin intervient donc cette fois sous l'autorité du délégataire avec qui il a contracté. Le lien de collaboration avec l'organisateur paraît alors indirect et le médecin n'agit plus comme un collaborateur du service public. Pourtant l'évolution de la jurisprudence accentue le lien de collaboration avec la mission de service public plus qu'avec la personne publique. La qualité de collaborateur occasionnel devrait donc

la plupart du temps être reconnue au médecin taurin. Mais l'organisation de chaque corrida revêt des particularités que la généralité des schémas que nous venons de présenter ne peut pas permettre d'appréhender. Il se peut donc que, dans un certain nombre d'hypothèses, la qualité de collaborateur occasionnel soit écartée. De plus, il ne faut pas occulter le fait que, dans un premier temps, l'anesthésiste réanimateur pourra être condamné par une juridiction civile. Pour toutes ces raisons, il faut envisager la nature de l'éventuelle responsabilité civile du médecin.

5.2. Responsabilité civile

La responsabilité civile médicale peut être recherchée dès lors que la qualité de collaborateur occasionnel du service public ne peut être reconnue ou lorsque le lien de collaboration avec la commune n'est pas direct. Il se peut dans ce cas, que le torero intente une action devant une juridiction civile et que cette dernière condamne le médecin. Le médecin a toutefois la possibilité, dans un second temps de se rendre devant les juridictions administratives et évoquer la qualité de collaborateur occasionnel du service public.

Le médecin assurant la garde de l'infirmerie d'arène verra sa responsabilité engagée pour faute. Il ne pourra nullement s'en décharger en invoquant la responsabilité de l'organisateur. Il est aussi responsable des fautes des membres de l'équipe dont il a la charge.

5.2.1. Responsabilité pour faute

L'arrêt Mercier de 1936 pose le principe de la responsabilité contractuelle du médecin [18]. Que la responsabilité du médecin soit engagée sur le fondement contractuel ou délictuel, le principe est celui d'une responsabilité pour faute prouvée [19], le torero devant rapporter la preuve soit d'un manquement à l'obligation de moyen à laquelle le médecin est contractuellement tenu, soit que ce dernier ne s'est pas comporté comme un médecin normalement prudent et diligent. Il faut toutefois préciser qu'il subsiste une hypothèse où le médecin reste tenu à une obligation de résultat. Il s'agit du cas où le dommage est causé par l'utilisation de produits ou de matériel de santé. La victime dans ce cas se contente de rapporter la preuve du rôle causal du matériel dans la production du dommage.

5.2.2. Responsabilité personnelle au regard de son indépendance

La Cour de Cassation a développé, dans un souci de rapprochement des régimes de responsabilités civile et administrative, une jurisprudence selon laquelle le préposé qui commet une faute sans pour autant excéder les limites de la mission dont l'a chargé son commettant, bénéficie d'une immunité personnelle [20]. La responsabilité du commettant se substitue à celle du préposé. On peut être tenté de chercher à qualifier le médecin de préposé et l'organisateur de commettant. L'anesthésiste agit en effet pour le compte de l'organisateur de la corrida et il semble justifié de laisser à la charge de l'organisateur la réparation des dommages causés par les fautes du médecin à condi-

tion qu'il n'excède pas les limites de sa mission. Cette solution séduisante ne peut pas être appliquée à la corrida dans le sens où l'on ne peut pas décrire de lien de subordination entre le médecin et l'organisateur. Ainsi, le médecin attiré devant une juridiction judiciaire, à la différence de l'agent public hospitalier, risque d'être toujours déclaré personnellement responsable. Le régime de la responsabilité civile est d'autant plus exigeant que le médecin est responsable non seulement de ses propres fautes mais aussi de celles commises par les membres de l'équipe médicale.

5.2.3. Responsabilité contractuelle du fait d'autrui

La Cour de Cassation a développé une jurisprudence mettant à la charge du médecin responsable d'une équipe médicale une responsabilité contractuelle du fait d'autrui. Ainsi, le chirurgien, lié à son patient par un contrat, peut répondre à ce titre des fautes que peut commettre un autre médecin auquel il a recours pour l'anesthésie [21,22]. Il devra également répondre des fautes commises par les autres membres de l'équipe.

Dans notre cas particulier, l'article 15 du règlement taurin municipal dispose expressément que « l'équipe médicochirurgicale sera placée sous la responsabilité d'un spécialiste — chirurgien, transfuseur, etc. désigné comme médecin responsable — par le propriétaire ou le gérant de la "plazza", mairie, régime municipale, propriétaire privé, concessionnaire, etc. ». Le chirurgien et l'anesthésiste présents pendant les corridas exercent en équipe et même s'il n'existe pas de lien de subordination entre les deux praticiens, ils sont codépendants et coresponsables de la conduite de l'intervention.

5.3. Responsabilité administrative

Le médecin, nous l'avons vu, aura la possibilité de se prévaloir des règles de la responsabilité administrative, dès lors qu'il sera qualifié de collaborateur occasionnel. Cela présente un intérêt indéniable pour lui puisqu'il pourra alors bénéficier de l'immunité accordée aux agents publics pour les fautes de service. En effet, selon la jurisprudence du Conseil d'État, le collaborateur doit être assimilé à un agent public lorsqu'il cause un dommage dans l'exécution d'un service public. La responsabilité de la collectivité publique concernée se substitue à celle de son agent dans les conditions normales de la mission.

5.3.1. Exemple du médecin régulateur du Samu

Une décision intéressante a été rendue concernant un médecin libéral qui assurait une permanence de garde de régulation au Samu. [23]. La responsabilité du médecin était recherchée pour faute. La Cour d'Appel de Metz a condamné le médecin en estimant qu'il intervenait en qualité de médecin libéral ce que contestait le médecin du Samu qui évoquait la qualité de « collaborateur occasionnel du service public », sa responsabilité devant alors être engagée devant les juridictions administratives. La décision rendue par la Cour de Cassation va dans ce sens en rappelant que les conditions de collaboration du service public étaient pleinement remplies pour ce médecin, à savoir, la réunion de deux critères fondamentaux : un lien de

participation direct à une activité de service public et que cette activité publique soit réelle. Dans le cas d'espèce, l'activité du service médical d'urgence est un service public, qualité qui lui a été reconnue par le Conseil d'État [24], et la participation du médecin à cette activité est réelle [25].

5.3.2. Dans le cas de la *corrida*

Si l'on applique cette solution à la *corrida*, la commune sera donc normalement responsable des dommages causés par le médecin s'il s'agit d'une faute de service. La responsabilité de l'anesthésiste ne sera engagée que s'il a commis une faute personnelle. Ainsi, par exemple lorsque les dommages auront été causés par les conditions d'hygiène et de sécurité dans lesquelles se sont déroulés les soins, la réparation du préjudice incombera à la commune. Ici, la différence est grande avec le régime de la responsabilité civile, puisque le médecin bénéficie d'une certaine immunité lorsque la faute médicale relève essentiellement de l'exécution du service public, alors que selon les règles de la responsabilité civile, il serait personnellement responsable.

Mais, le lien de collaboration avec le service public n'est pas toujours évident pour la victime. En effet, « *le collaborateur occasionnel n'apparaît pas aux yeux des tiers comme un rouage de l'administration* » [15]. La victime risque donc, la plupart du temps, de se présenter devant les juridictions civiles pour obtenir des dommages et intérêts. L'anesthésiste taurin sera alors jugé selon les règles de la responsabilité civile. Il ne pourra pas bénéficier des règles de la responsabilité administrative et verra sa responsabilité personnelle engagée, même en cas de faute de service. Cependant, en cas de condamnation, il pourra se retourner contre l'administration. Le collaborateur occasionnel bénéficie d'un régime particulier de responsabilité sans faute de l'administration pour les dommages qui pourraient lui être causés lors de sa collaboration [26]. Dans un premier temps, le médecin-collaborateur aura sa responsabilité engagée selon les règles de droit commun de la responsabilité civile. Il sera donc responsable de ses fautes sans pouvoir bénéficier du régime spécifique de la responsabilité administrative. Mais ensuite, cette condamnation lui ayant causé un préjudice, il va pouvoir engager la responsabilité de l'administration. Cette solution a prévalu dans l'arrêt Lemaire du 24 juin 1966 [27]. Le Conseil d'État a précisé que le collaborateur occasionnel a droit à l'indemnisation du préjudice subi du fait des condamnations prononcées à son encontre par le juge judiciaire. Il s'agit, nous l'avons dit, d'une responsabilité sans faute de l'administration qui va devoir donc indemniser les conséquences de la condamnation.

Les règles de la responsabilité civile sont donc bien plus sévères à l'égard du médecin que celles de la responsabilité administrative. Il est donc intéressant pour ce dernier, dès qu'il en a la possibilité, d'invoquer sa qualité de collaborateur du service public communal d'organisation des fêtes traditionnelles. Cet intérêt est d'autant plus important que la pratique de la médecine dans les infirmeries d'arènes semble engendrer une multiplication des possibles faits générateurs de responsa-

bilité par comparaison à un exercice médical classique à l'hôpital ou en clinique.

6. Importance du contrat d'assurance

Cette multiplication des faits générateurs de responsabilité impose que l'on étudie le mécanisme de l'assurance en responsabilité civile et professionnelle des médecins. En effet, devant le caractère obligatoire de cette assurance, il semble intéressant d'exposer l'utilité que pourrait avoir le recours au contrat dans cette situation.

6.1. Le transfert à l'assureur du médecin exigé par la loi

6.1.1. Intérêt de l'assurance en responsabilité civile professionnelle

L'assurance en responsabilité civile et administrative couvre en effet la réparation des dommages causés par l'assuré dès lors qu'il en est déclaré responsable. L'importance des dommages et intérêts accordés en matière médicale impose le recours à l'assurance, afin de garantir tant les responsables contre de très lourdes condamnations que les victimes contre l'insolvabilité du responsable. L'assurance va permettre au médecin de ne pas subir trop durement ces condamnations. Or la pratique du médecin taurin, nous l'avons montré, est loin d'échapper à ces risques de condamnation.

De plus, l'assurance en responsabilité sert aussi l'intérêt des victimes. C'est pourquoi le législateur, dans la loi du 4 mars 2002 a édicté une véritable obligation d'assurance pour les professionnels de santé, aux fins de parvenir à la meilleure réparation possible des préjudices. Si l'assurance de responsabilité intéresse les assurés, l'obligation d'assurance intéresse les victimes. Cette obligation a pour finalité de « *garantir* » la créance de réparation aux victimes. Elle s'inscrit dans ce grand mouvement du droit de la responsabilité et de l'assurance qui est « *marqué du sceau indélébile des droits de la victime* » [28].

6.1.2. Obligation d'assurance des professionnels de santé

La souscription d'une assurance en responsabilité civile est aujourd'hui légalement imposée aux médecins, et dans la pratique tous les médecins bénéficient d'une assurance en responsabilité civile et professionnelle. Elle est imposée aux professionnels de santé exerçant à titre libéral, et aux établissements et services de santé, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins par l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, issu des lois du 4 mars et du 30 décembre 2002. Ces derniers sont tenus de « *souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison des dommages subis par des tiers et résultant d'atteinte à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité* ». Cette obligation d'assurance est donc très large. Elle couvre tout exercice médical. La pratique de la médecine dans les arènes entre sans aucun doute dans le cadre de l'ensemble de cette activité telle qu'elle est définie par l'article. Le médecin taurin a donc non

seulement un intérêt certain à être couvert par une assurance de responsabilité pour son exercice dans les arènes, mais il s'agit encore d'une obligation légale qui, si elle n'est pas respectée, risque d'entraîner des sanctions à l'encontre de celui-ci.

La question qui se pose est de savoir s'il est couvert par son assurance en responsabilité civile professionnelle pour son exercice de la médecine dans les arènes.

6.1.3. *Défaut d'assurance des médecins taurins*

Les médecins ont l'obligation de souscrire une assurance pour leur responsabilité civile professionnelle et s'y conforment. La réponse à la question de savoir si cette assurance les couvre pour leur activité dans les infirmeries d'arènes dépend des termes de la police d'assurance. Il est certain que l'exercice de la médecine lors des corridas ne relève pas de l'exercice professionnel normal d'un médecin. Les conditions particulières d'exercice dans les infirmeries d'arènes et le caractère bénévole de leur intervention font sortir les médecins du cadre habituel de leur exercice médical. On peut donc penser que si rien n'est précisé dans le contrat, le médecin taurin ne sera pas couvert par son assurance. Ce n'est guère rassurant, car si rien n'est expressément prévu, rien n'empêche l'assureur de refuser la garantie. Le médecin sera donc poursuivi sur ses deniers personnels.

6.1.4. *Sanctions du défaut d'assurance*

La souscription d'une assurance de responsabilité est une obligation légale, son non-respect est sanctionnable. Le médecin qui intervient dans les arènes sans être couvert par une assurance risque d'abord une sanction disciplinaire. Le dernier alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique prévoit en effet qu'« en cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires ». Le conseil de l'ordre des médecins pourrait donc être saisi et sanctionner l'anesthésiste.

Mais le risque de sanction ne s'arrête pas aux sanctions disciplinaires. En effet, le médecin qui exerce la médecine sans être couvert par une assurance en responsabilité civile encourt également une condamnation pénale. Ainsi, d'après l'article L. 1142-25 du code de la santé publique, le manquement à cette obligation d'assurance est puni de 45 000 Euros d'amende. Cet article prévoit également une peine complémentaire d'interdiction d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. Cette peine, en application de l'article 131-27 du code pénal est, soit temporaire, soit définitive, auquel cas elle ne pourra excéder une durée de cinq ans. Le législateur, soucieux d'offrir aux victimes une réparation efficace de leur préjudice, a donc cherché à rendre cette obligation d'assurance efficace en l'assortissant de sanctions sévères. L'anesthésiste qui prend la responsabilité d'une infirmerie d'arène sans avoir souscrit à des garanties d'assurance le couvrant pour cette activité risque donc jusqu'à 45 000 Euros d'amende et une interdiction définitive d'exercer son activité professionnelle.

Les médecins ne peuvent pas rester dans l'incertitude quant à leur situation vis-à-vis de l'assurance. Ils doivent contacter leurs assureurs et souscrire des assurances complémentaires pour leur exercice exceptionnel dans les arènes. Cependant, cette solution, onéreuse, ne semble pas en accord avec leur exercice bénévole. Une autre solution peut être proposée si l'on regarde le droit et la pratique en matière sportive.

6.2. *Transfert à l'assureur de l'organisateur stipulé par le contrat*

6.2.1. *Exemple des manifestations sportives*

L'article 37 de la loi de 1984 [29], précisé par l'article 1^{er} du décret du 18 mars 1993, impose aux organisateurs de manifestations sportives l'obligation de souscrire des garanties d'assurance couvrant leur propre responsabilité civile ainsi que celle de leurs préposés, qu'ils soient bénévoles ou non. L'article vise précisément les préposés du groupement. Il s'agit des entraîneurs, moniteurs, éducateurs... de tout le personnel encadrant, rémunéré ou non. La responsabilité du médecin, intervenant lors d'une manifestation sportive, sera alors couverte par l'assurance de l'organisateur. C'est une situation logique, tant parce que c'est l'organisateur qui profite de l'activité du médecin, qu'au regard des participants qui ont comme contractant direct l'organisateur.

Afin de lever tout doute quant à la question de savoir si les médecins entrent dans la catégorie des préposés de l'organisateur, visée à l'article 37 de la loi de 1984, la pratique a développé des contrats entre les organisateurs et les médecins qui encadrent le déroulement des manifestations. Ces contrats prévoient notamment l'obligation pour l'organisateur de souscrire à une assurance couvrant la responsabilité de ceux-ci.

6.2.2. *Organisateur responsable de la sécurité*

En premier lieu, l'organisateur étant le débiteur principal de l'obligation de sécurité, il pourrait être condamné solidairement avec le médecin. On peut ici faire un nouveau parallèle avec la matière sportive où l'organisateur est tenu pour satisfaire à son obligation de sécurité, de mettre en œuvre les moyens matériels et humains adaptés pour assurer la sécurité de la manifestation. Il n'y a aucune raison de soustraire l'organisateur d'une corrida à cette obligation générale de sécurité. Il doit assumer la charge de la réparation des dommages causés par les défauts ou les insuffisances des installations, des équipements et du matériel. Il sera également responsable contractuellement envers les participants, des dommages causés par ses préposés, même bénévoles et donc par l'équipe médicale. Il est alors primordial pour lui de souscrire à des contrats d'assurance tels que ceux qui existent en matière sportive.

Mais surtout, l'absence de couverture d'un médecin par une assurance en responsabilité civile pourrait lui être reprochée. En effet, le juge peut décider que constitue une faute le fait pour l'organisateur d'une corrida de ne pas avoir souscrit des garanties d'assurance couvrant la responsabilité civile des médecins qui officient pendant le déroulement de la manifestation ou pour le moins de ne pas avoir vérifié que ces derniers

étaient effectivement couverts. Dans le cas où le médecin condamné est insolvable, la victime pourrait se retourner contre l'organisateur pour défaut d'assurance.

6.2.3. Organisateur en charge de l'assurance

Si la corrida ne peut pas être assimilée à une manifestation sportive, elle en présente des similitudes. Il s'agit d'un spectacle organisé et d'une activité physique faisant courir un certain nombre de risques à l'intégrité physique des participants. On peut donc penser que, comme en matière sportive, ce devrait être à l'organisateur de la manifestation de couvrir le risque d'une condamnation civile du médecin par le biais de l'assurance. L'organisateur profite en effet de l'activité du médecin, bénévole, qui lui permet d'exécuter correctement l'obligation de sécurité à laquelle il est tenu. L'idée est donc que celui qui profite d'une activité doit assumer la charge des risques qu'elle engendre. Il nous paraît logique que ce soit à l'organisateur de la corrida d'assumer le coût de l'assurance des médecins qui interviennent la plupart du temps bénévolement. Cette logique, qui est celle qui a prévalu pour le législateur en matière sportive, devrait aussi s'imposer au juge.

6.2.4. Organisation contractuelle de l'activité du médecin taurin

Si la corrida est tolérée par le législateur, il semble peu probable qu'elle soit un jour légalement encadrée. En l'absence d'obligation légale imposant à l'organisateur de couvrir la responsabilité du médecin taurin, c'est vers le contrat qu'il faut se tourner. Ce sera au contrat liant l'anesthésiste et l'organisateur de prévoir que ce dernier est tenu de souscrire une assurance en responsabilité civile et professionnelle pour le médecin. Ce type de contrat fonctionne très bien en matière sportive. On peut notamment prendre pour exemple le schéma de contrat de « surveillance des épreuves sportives » que le Conseil national de l'ordre des médecins met en ligne sur son site internet. Il s'agit d'un contrat qui lie l'organisateur au médecin et qui a l'avantage de définir clairement les obligations réciproques du médecin et de l'organisateur de la manifestation sportive. Il devrait être adapté pour la tauromachie. Il définit la mission et les obligations du médecin concernant la surveillance et la prise en charge médicale durant des épreuves. Il met notamment à la charge de l'organisateur l'entretien des locaux et la fourniture du matériel médical.

Cette disposition n'est peut-être pas directement transposable à l'organisation des infirmeries d'arènes. Cependant, elle pourrait cependant inspirer une certaine répartition des responsabilités notamment pour ce qui est des dommages résultant des conditions dans lesquelles le médecin taurin est obligé d'intervenir.

Mais ce qui nous intéresse plus particulièrement est ce que prévoit l'article 9 du schéma de contrat du Conseil national de l'Ordre. Selon le premier alinéa de cet article « *le Dr X sera assuré, au titre de la responsabilité civile et professionnelle, par la structure organisatrice et aux frais de celle-ci, pour son activité prévue au présent contrat uniquement* ». L'organisateur de la corrida, en application de ce contrat sera donc tenu

de souscrire à des garanties d'assurance couvrant la responsabilité du médecin taurin en charge de l'infirmerie. Cela nous paraît être, pour les raisons exposées ci-dessus, la solution la plus juste au regard des circonstances de l'organisation des corridas. Le contrat de « surveillance des épreuves sportives » prévoit également au second alinéa de l'article 9 que « *si le Dr X est déjà couvert par une assurance en responsabilité civile et professionnelle, il notifiera à sa compagnie d'assurance le présent contrat* ». L'assureur sera alors contraint d'informer le médecin s'il juge que la police d'assurance ne couvre pas l'activité envisagée.

Bien sûr rien n'interdit aux médecins, individuellement ou collectivement, de négocier des garanties d'assurance pour l'exercice de la médecine dans les arènes avec leurs assureurs. Mais, nous l'avons dit, rien ne semble justifier que cette charge incombe au médecin taurin bénévole, alors qu'elle est prise en charge par l'organisateur en ce qui concerne les médecins sportifs rémunérés.

7. Conclusion

L'exercice médical dans les arènes est un facteur de mise en cause de la responsabilité médicale dans le sens où le médecin anesthésiste réanimateur cumule sa spécialité avec les difficultés de la médecine d'urgence. Lors des corridas, l'exercice en équipe doit être conforme aux diligences normales et au code de déontologie, car le manque de coordination entre les praticiens est sanctionné par la justice, au même titre que la faute technique. L'activité volontaire et bénévole des médecins ne les exonère pas de leur responsabilité.

Les règles de la responsabilité civile sont plus sévères à l'égard du médecin que celles de la responsabilité administrative où la responsabilité de l'administration se substitue à celle de son agent. Il est donc intéressant pour le médecin, dès qu'il en a la possibilité, d'invoquer sa qualité de collaborateur du service public communal d'organisation des fêtes traditionnelles.

Cet intérêt est d'autant plus important que la pratique de la médecine dans les infirmeries d'arènes semble engendrer une multiplication des faits générateurs de responsabilité par comparaison à un exercice médical classique à l'hôpital ou en clinique. L'assurance en responsabilité professionnelle est une obligation légale depuis la loi du 4 mars 2002. Si les médecins sont bien assurés pour leur activité quotidienne, ils doivent vérifier que leur contrat d'assurance les couvre pour cette activité occasionnelle dans les arènes. Dans le domaine de l'assurance, le contrat fait la loi des parties.

Références

- [1] Chambres O, Giraud C, Gouffrant JM, Debry C. Spécificités lésionnelles et chirurgicales des traumatismes de la tête et du cou en tauromachie. Rôle du chirurgien cervicofacial. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord) 2003;124:221–8.
- [2] Zavaleta I. La problématique de la prise en charge des toreros blessés dans les arènes lors des corridas. Thèse de Médecine Bordeaux 2003.

- [3] Pestana-Tirado RA, Herrera SF, Ariza Solano GJ, Barrios AIR, Oviedo Castaño LI. Trauma por cornada de toro. Experiencia en el Hospital Universitario de Cartagena. *Trib. Med* 1997;96:67–83.
- [4] Welsch S. La responsabilité du médecin, 2^e édition, Jurisclasseur p. 167.
- [5] Rouge D, Costagliola M, Telmon N. A propos de l'expertise en responsabilité médicale. *J Med Leg Droit Med* 2000;43:273–80.
- [6] Rouge D, Arbus L, Costagliola M. Responsabilité médicale, de la chirurgie à l'esthétique. Arnette; 1992 (chap.IV, p.74).
- [7] Loi n° 2002–303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* n° 54 du 5 mars 2002.
- [8] Article 521-1 du nouveau code pénal.
- [9] D. 1972. 564, rapport. Combaldieu. *Gaz Pal* 1972;2:607 (note Lambert).
- [10] Cour Appel Bordeaux, 11 juillet 1989 : *JCP* 1989 ; II. : 21344 (2°), note Agostini.
- [11] Cass. Civ. 1, 9 novembre 2004. D. 2005 ; 253, note Chabas.
- [12] Conseil d'État ass. 22 novembre 1946, commune de Saint-Priest-La-Plaine. *Rec. p.* 279, S. 1947 ; 3 :105, note F.-P. Benoît.
- [13] Tribunal des Conflits. 22 avril 1985, *Rec. p.* 541.
- [14] Conseil d'État 13 juillet 1966, Leygues, *Rec.*, p. 475.
- [15] Bonichot J.C. Collaborateurs occasionnels, *Encyclopédie Dalloz* n° 33, p.5.
- [16] Conseil d'État, Section, 22 mars 1957, Compagnie d'Assurances l'Urbaine et la Seine, *Recueil Lebon* p.200.
- [17] Auby JF. *Droit et finances de la tauromachie*. Éditions du sud-ouest; 2000 (p. 128).
- [18] Cass. Civ. 20 mai 1936. DP 1936;I:88 (rapp. Josserand, concl. P.G. Matter).
- [19] Article. L. 1142-1 du code de la santé publique.
- [20] Cass., ass. plén., 25 février 2000 : *Bull. civ. ass. plén.*, n° 2 ; *GAJC*, 11° éd., n° 217.
- [21] Cass. Civ. 18 octobre 1960. *Bull.* n° 442.
- [22] Cass. Civ. 18 juillet 1983, *Bull.* n° 209.
- [23] Note sous Cass. Crim., 2 décembre 2003. *Juris Data* 2003-O21563.
- [24] Conseil d'État, Section, 20 juin 1997, *Revue Française de Droit Administratif* 1998, p.82.
- [25] Niel PL. La responsabilité du médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels sur Samu. Note sous Cass. Crim., 2 déc. 2003. *Juris Data* 2003-O21563. *Med Droit* 2004;68:97–104.
- [26] C.E., Ass. 22 novembre 1946, commune de Saint-Priest-La-Plaine, *Rec.* 279 ; D. 1947.375, note Blaevoet ; S. 1947.3.105, note F.P.B.
- [27] C.E. sect., 24 juin 1966, Lemaire, *Rec.*, p. 416 ; *AJDA* 1966.637, concl. Bertrand ; D. 1967. 343, note Lavroff.
- [28] Lambert-Faivre Y. *Droit du dommage corporel, Système d'indemnisation*. Dalloz, 5^e édition; 2004 (n° 376).
- [29] Loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée relative à l'organisation et la promotion des activités physiques et sportives. *JO* du 17 juillet 1984.