

# Le droit à l'indemnisation : nouveau partage entre solidarité et responsabilité:

Camille Bibard, Fanny Guérin, Aurélien Vidal.

Le 7 novembre 2012

## **Introduction :**

« Tout dommage causé à autrui oblige celui par lequel il est arrivé à le réparer » (art 1382 Code civil). Cet article vient assoir la définition du principe de responsabilité : une faute – un dommage – un lien de causalité. C'est en gardant en tête ce principe que nous allons étudier le droit à l'indemnisation dans le domaine de la santé. Dans le domaine de la santé c'est l'arrêt Teysier qui, avant la loi du 4 mars 2002, vient conférer un droit au malade en obligeant le médecin à recueillir le consentement de son patient. Vers la fin des années 80 l'affaire du sang contaminé éclate au grand jour, cette affaire vient pointer les dysfonctionnements du système français notamment en matière d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Face aux difficultés soulevées par cette affaire, un processus de réflexion se met en place sous l'impulsion du gouvernement Jospin, ce qui donnera naissance à la loi du 4 mars 2002.

Face à l'engouement provoqué par cette loi, il s'agit, pour nous, de nous interroger et de formuler cette question : « La loi du 4 mars 2002 est-elle une formalisation des décisions de jurisprudence antérieures ou est-elle une véritable consécration du droit des malades à l'indemnisation » ?

Pour répondre à cette question nous traiterons des évolutions jurisprudentielles antérieures à cette loi, dans une seconde partie nous étudierons ses modalités, enfin nous nous intéresserons à l'agent indemnisateur manifestant le principe de solidarité (l'ONIAM).

# 1 Historique :

La loi du 4 mars 2002 est considérée par une majorité d'auteurs comme une véritable révolution, un réel tournant dans les modalités d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Ainsi, il s'agira, dans cette partie de répondre à la question « comment faisait-on avant ? » puis nous proposerons des hypothèses expliquant l'arrivée tardive de cette loi.

## 1.1 La nécessité de la faute :

L'apparition de la loi du 4 mars 2002 est venue répondre à la nécessité de codifier le droit des patients. Jusqu'en 2002, les procédures d'indemnisation des accidents médicaux sont tributaires de la présence d'une faute et surtout de sa démonstration.

### 1.1.1 Le secteur publique :

Dans le cas d'un préjudice le patient a deux solutions : soit il tente de prouver l'existence d'un dysfonctionnement ou un défaut d'organisation du service soit il doit prouver l'existence d'une faute. Le défaut dans l'organisation du service semble d'emblée relativement large et difficile à prouver, ainsi pour être indemnisé le patient doit prouver l'existence d'une faute lourde. Malgré une certaine clémence des jurisprudences administratives<sup>1</sup> permettant de faire reconnaître comme faute simple l'ensemble des soins courant, la charge de la preuve reste entre les mains de la victime.

La décision COHEN<sup>2</sup>, vient, en 1988, intégrer à l'intérieur des dysfonctionnements organisationnels les infections nosocomiales.

Dans les années 90, c'est la notion de faute qui va subir un certain nombre de modifications.

D'une part, la faute lourde disparaît au profit de la « faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital »<sup>3</sup>.

---

1. CE, 9 janvier 1980, Mme MARTIN, Rec LEBON

2. CE, 9 décembre 1988, M COHEN, Rec DALLOZ. 1990 p.487

3. CE, 10 avril 1992, M. et Mme V, Rec LEBON 1993, n° 79027

L'arrêt GOMEZ 21 dec 1990<sup>4</sup>, vient faire apparaître la notion de responsabilité sans faute dans le cas de l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle dont les conséquences ne sont pas entièrement connues, dans l'absence de raisons vitales imposant son utilisation, et dans l'existence de complications anormalement graves.

En 1993, l'arrêt BIANCHI<sup>5</sup> vient étendre le principe de responsabilité sans faute aux actes médicaux nécessaire au diagnostique ou au traitement dont les risques sont connus mais exceptionnels avec aucune raison de penser que le patient soit particulièrement exposé à ceci, dont les dommages seraient sans rapport avec l'état initial représentant un caractère d'une extrême gravité et une absence de faute. Il est à noter, ici que l'absence d'information du patient entraîne la responsabilité du praticien.

### 1.1.2 Le secteur privé :

Depuis la disparition de l'obligation de résultat en faveur de l'obligation de moyen<sup>6</sup>, afin d'engager la responsabilité du médecin, il est nécessaire pour le patient de démontrer la faute du praticien (préjudice – faute – causalité), d'autant plus, que de fait il ne peut s'appuyer uniquement sur son préjudice.

C'est en 1996 qu'apparaît la présomption de faute dans l'affaire Bonnici<sup>7</sup>. Cette jurisprudence vient renverser la charge de la preuve au profit de la victime d'infection nosocomiales. Une certaine obligation de résultat apparaît dans le cas d'une contamination par une infection nosocomiale à l'intérieur d'un lieu sensément stérile.

Il n'est donc pas étonnant qu'apparaisse en 1999 une obligation de sécurité de résultat<sup>8</sup> dans la stérilisation du matériel. Toutefois malgré la reconnaissance de cette obligation la preuve reste à a charge du patient.

---

4. CAA, 21 décembre 1990, GOMEZ

5. CE, 9 avril 1993, BIANCHI, Rec LEBON 1994, n° 69336

6. Arrêt Mercier mai 1936

7. C Cass 1<sup>er</sup> civ, 21 mai 1996, BONNICI, Rec DALLOZ 1997 p.320, n° 94-16.586

8. C Cass 1<sup>er</sup> civ, 29 juin 1999, Rec DALLOZ 1999 p.395, n° 97-15.818

### 1.1.3 Le cas du virus de l'hépatite C :

Le sujet du virus de l'hépatite C est ici intéressant car il fait naître les prémices de deux avancées majeures vers la naissance de la loi du 4 mars 2002. En effet, les moyens permettant à la victime de justifier d'un réel lien de causalité entre la transfusion et le préjudice étaient jusqu'alors difficile à apporter. Observons, aussi que cette crise sanitaire touchait à la fois le secteur public et le secteur privé. Face à cette situation « nouvelle » une jurisprudence, à la fois administrative et judiciaire vient permettre la constitution d'une présomption de contamination.

## 1.2 Conclusions :

Nous avons vu que ce système basé sur la responsabilité pose un certain nombre de problèmes. D'une part, il lèse le patient. Il n'est pas difficile pour lui de faire reconnaître un préjudice, néanmoins la tâche se corse lorsqu'il doit tenter de prouver un lien de causalité entre celui-ci et l'acte médical. De fait, l'indemnisation du préjudice se fait grâce à la preuve d'une faute de la part du praticien.

Ainsi, il se porte sur le médecin, lorsqu'il y a préjudice, une suspicion de faute, en excluant l'aléa thérapeutique du champ de l'indemnisation. « S'il y a préjudice c'est donc qu'il y a faute » voici le discours de la justice d'avant 2002.

Enfin, insatisfaisante du fait de la différence de régime entre le public et le privé, cette situation fait naître entre les patients une inégalité dans les procédures d'indemnisation des préjudices.

Une question reste en suspend, comment se fait-il que malgré ces inégalités, la loi harmonisant les procédures d'indemnisation entre privé et public, et facilitant les procédures d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux arrive si tardivement ? Malgré une absence de réponse ferme et définitive, je fais néanmoins deux hypothèses :

- la première a trait à la symbolique du médecin. Il pesait sur ses épaules, l'image d'un être omniscient, guérisseur, de *sujet supposé savoir*<sup>9</sup> pour

---

9. Jacques Lacan, *Séminaire 11*

reprendre une expression psychanalytique. Cette représentation du médecin, aurait pour effet de soumettre le patient à la loi médicale, que seul le médecin peut comprendre.

- La deuxième hypothèse vient de Blandine Kriegel.<sup>10</sup> Elle considère qu'il était difficile pour le patient de remettre en cause la responsabilité de l'État, notamment dans le secteur public. En effet, l'État concourant au bien public et au bien-être individuel, ne peut pas être responsable d'un préjudice.

Il me semble, alors que l'effondrement des représentations du pouvoir (qu'il soit celui de guérir ou dans le sens de l'État) à d'une manière ou d'une autre participé et favorisé la naissance de la loi du 4 mars 2002.

## 2 La loi du 4 mars 2002 : la consécration d'un droit des patients à indemnisation :

La loi Kouchner a cherché à unifier le régime de **responsabilité pour faute** (A), tout en maintenant la compétence des deux ordres de juridictions (juridiction civile lorsque le patient est en clinique, juridiction administrative lorsqu'il est en hôpital). En l'absence de faute, la loi a instauré un système de **solidarité nationale** permettant l'indemnisation de l'aléa thérapeutique (B).

### 2.1 la responsabilité fondée sur la faute

Les malades peuvent être victimes d'effets indésirables, bénins ou graves, liés aux actes de prévention, de diagnostic ou thérapeutiques, d'accidents médicaux ou encore de comportements portant atteinte à leurs droits de la part des professionnels ou des établissements les recevant. Au delà des différences de procédure, de juge et de fondements l'engagement de la responsabilité des professionnels de santé que ce soit en milieu hospitalier ou privé nécessite les mêmes conditions. Aussi on ne distinguera pas les deux ordres de juridictions.

---

10. Blandine KRIEGEL. « Chapitre 5. La responsabilité Politique et pénale dans l'affaire du sang contaminé ». Dans : *Journal International de Bioéthique* 12.2 (2001), p. 59.

Il convient aussi de noter que l'indemnisation des aléas médicaux suppose l'existence d'une **garantie assurancielle** au profit des patients victimes. C'est pourquoi la loi de 2002<sup>11</sup> dispose que les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, les services de santé sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative si elle est engagée en raison de dommages subis par des tiers. D'autre part, elle consacre le principe selon lequel la responsabilité des professionnels de santé ne peut être engagée **que** pour des faits dans l'exercice d'actes individuels, de prévention, de diagnostic ou de soins<sup>12</sup>. Rappelons que pour engager la responsabilité du professionnel de santé, il faut réunir plusieurs conditions :

- la nature de la faute,
- le dommage
- l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le dommage

En pratique, la responsabilité du professionnel de santé peut être engagée en raison d'une faute (erreur, maladresse) toutefois il pourra être envisager le cas particulier du fait des choses « utilisées ».

La loi ne donne pas de définition de la faute. Toutefois, les juges et la doctrine s'accordent pour considérer qu'il s'agit d'une **anomalie** que le professionnel normalement **diligent** et **compétent** placé dans les mêmes circonstances n'aurait pas dû accomplir. La méthode est donc de faire référence au *bon père de famille*, c'est-à-dire le praticien soucieux de ses malades et précautionneux dans son art. Ce comportement peut consister en des actes positifs mais aussi en des abstentions. En dehors des fautes de négligences, les fautes se rattachent pour l'essentiel au non-respect des obligations déontologiques générales et à des fautes techniques.

Le **non respect des règles déontologiques** peut être constitué par exemple par l'omission d'obtenir le consentement du patient préalablement à l'exécution d'un traitement ou encore par le chirurgien ivre qui entreprend une intervention.

Quant à la **faute technique**, elle correspond à la différence entre ce qui

---

11. article L1142-2 du CSP

12. art L1142 I al.1

aurait dû être fait et ce qui a été fait. Concrètement elle recouvre :

- le non respect des connaissances médicales avérées (imprudence, mal-adresse, négligence<sup>13</sup> ; persistance d'un diagnostic injustifié<sup>14</sup>)
- le non respect de la raison proportionnée par rapport aux bénéfices escomptés<sup>15</sup> (pour avoir fait courir un risque injustifié à sa patiente en déclenchant prématurément l'accouchement<sup>16</sup>)
- le défaut de surveillance

Par ailleurs on peut observer le maintien, par la loi de 2002, de la responsabilité en raison du défaut d'un produit de santé. En effet, cet article exclut de la responsabilité pour faute le cas d'un dommage causé par le **défaut d'un produit de santé**. Ce régime résulte de la loi du 19 mai 1998 qui crée un **régime légal propre à la responsabilité des fabricants et des vendeurs professionnels** pour le défaut de sécurité de leurs produits. La responsabilité des producteurs et fournisseurs est donc engagée de plein droit à l'égard des victimes. Ce régime de responsabilité de plein droit résulte du fait que lorsque le médecin fait usage de produits de santé, l'aléa n'a pas sa place.

## 2.2 Un droit à l'indemnisation en l'absence de faute : la solidarité nationale

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit que hors cas de faute, les dommages nés d'un aléa thérapeutique sont pris en charge par la solidarité nationale<sup>17</sup>. Cet article dispose ainsi « **Un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale** ouvrent droit à réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont **directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic et de soins**, et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme

---

13. CIV 1, 22 mai 2005

14. CE, 10 octobre 2005

15. art L1110-5

16. CIV 1, 29 mai 1998

17. L1142-1 du CSP

de l'évolution prévisible de celui-ci, et présentent un caractère de gravité... ». Ainsi, le texte liste les conditions posées pour que cette indemnisation « sans faute » joue.

Relèvent ainsi de la solidarité nationale les **affections iatrogènes** qui peuvent être définies comme les dommages résultant du traitement mis en œuvre, en dehors de toute faute dans le choix ou l'administration de celui-ci, ou de tout défaut du produit.

Relèvent également de cette même solidarité les **infections nosocomiales** qui sont les infections acquises pendant le séjour dans l'établissement de santé, entraînant le développement d'un germe auquel le patient n'était pas exposé initialement. Dans ce cas, on distingue deux principes.

- L'indemnisation au titre de la solidarité nationale bénéficie aux victimes d'infections nosocomiales lorsque la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de santé ou d'un producteur de produits de santé ne peut être engagée en raison de cet accident (**principe de subsidiarité**).
- Seront également indemnisables les dommages imputables aux infections nosocomiales d'une certaine gravité (**principe de gravité**) :
  - Quand elles génèrent des dommages où l'**Incapacité permanente partielle**<sup>18</sup> est inférieure à 24%, c'est la **responsabilité de plein droit des établissements de soins** qui sera engagée (alors couverte par les assureurs)
  - Quand les infections nosocomiales génèrent des dommages graves (**IPP supérieure a 24%**), il y aura indemnisation au titre de la **solidarité nationale**.

Concernant la présomption de faute « les établissements, services et organismes sont responsables de dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils apportent la preuve d'une **cause étrangère**<sup>19</sup> » (**obligation de sécurité résultat** opposée aux hôpitaux publique set cliniques privées mais pas aux médecins). Pour qu'il y ait exonération il faudra donc que l'établissement apporte la preuve d'une cause étrangère. Et dans ce cas, l'Office

---

18. IPP

19. art L1142-1 I al2



National d'Indemnisation des Accidents Médicaux<sup>20</sup> prendra en charge l'indemnisation.

Concernant les **accidents médicaux non fautifs**, il convient d'en apporter quelques précisions. Pour **les experts** : « C'est un événement dommageable, de survenue rare, voire exceptionnelle, aux conséquences dramatiques, atteignant un patient, sans qu'une maladresse ou plus généralement sans qu'une faute puisse être imputée au praticien et sans que ce dommage soit relié à l'état initial du patient ou à son évolution prévisible » Pour la jurisprudence « C'est la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical qui ne peut être maîtrisé<sup>21</sup> ».

Notons que l'application des dispositions de l'art 1142-1 de la loi Kouchner vaut pour les **accidents postérieurs au 5 sept 2001**.

Le **décret du 4 avril 2003** est venu fixé les critères de prise en charge par l'ONIAM

- soit un taux d'IPP supérieur à 24%
- soit une durée d'incapacité temporaire de travail supérieure à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période d'un an
- soit la personne est déclarée inapte définitivement à exercer son activité professionnelle
- soit l'accident occasionne des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence

Si le patient estime avoir subi un dommage imputable à un acte médical, il lui faudra fournir toutes les pièces du dossier dans une lettre recommandée avec accusé réception. L'ONIAM pourra alors décider de la recevabilité du dossier.

---

20. ONIAM

21. CA Paris 4 mars 2005

## 3 Office national d'indemnisation des accidents médicaux

Qu'est ce que l'ONIAM ? C'est l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Nous avons vu dans les parties précédentes, que la loi du 4 Mars 2002, a amené la création d'un réel droit du malade, qui permet aux victimes d'être indemnisées à partir du moment où il y a préjudice. Or, en l'absence de responsabilité, il n'en demeure pas moins que la victime a le droit à un remboursement. C'est donc pour répondre à ce dispositif original d'indemnisation des accidents médicaux, que l'ONIAM a été créé.

Concrètement comment cela fonctionne ?

### 3.1 Organisation et financement de l'ONIAM :

L'ONIAM est un établissement public à caractère administratif que l'État place sous la tutelle du Ministère de la Santé, et qui va avoir pour mission d'organiser, dans le cadre d'un règlement amiable, les indemnisations des accidents médicaux. Il est doté d'un conseil d'administration composé de vingt-deux membres et d'un directeur.

**Le conseil d'administration de l'ONIAM :** Il se compose<sup>22</sup> de représentants de l'État, de représentants des usagers, de personnes qualifiées en matière de responsabilité médicale et de réparation du risque sanitaire, de représentants des établissements et des professionnels de santé, de représentants du personnel de l'ONIAM et d'un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie, pour un total de 22 membres et 11 suppléants. Il se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président.

**Le directeur de l'ONIAM :** Le directeur de l'ONIAM est nommé par décret, sur proposition du ministre chargé de la santé, pour une durée de trois

---

22. Les Articles R.1142-42 à R.1142-46 du Code de la santé publique définissent le fonctionnement et la composition du conseil d'administration de l'ONIAM.

ans renouvelable. Il assure la direction de l'établissement, et accomplit tous les actes qui ne sont pas réservés au conseil d'administration. Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion. Il prépare le budget et l'exécute. Il est ordonnateur des recettes et des dépenses. Il recrute, nomme et gère les agents contractuels de l'ONIAM et les affecte, le cas échéant, dans les CRCI<sup>23</sup>. Il a autorité sur l'ensemble des personnels, à l'exception des magistrats placés en détachement pour exercer la présidence des CRCI ou la suppléance de la présidence. Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il détermine ou présente les offres d'indemnisation proposées aux demandeurs ainsi que le montant des provisions à leur verser. C'est également lui qui décide des actions en justice à engager. Il informe le conseil d'administration des modalités d'indemnisation, de l'état des procédures et du suivi des dossiers ainsi que des actions récursoires exercées. Il informe également chaque CRCI de la suite donnée par l'ONIAM à ses avis.

**Le financement de l'ONIAM :** L'ONIAM est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret. Les charges de l'ONIAM sont constituées par le versement d'indemnités aux victimes des préjudices qui relèvent de sa compétence, ses frais de gestion administrative et ceux des CRCI, et les frais résultants des expertises diligentes par les commissions régionales et interrégionales.

Pour mener à bien cet ensemble de missions, l'ONIAM perçoit une dotation globale versée par les organismes d'assurance auxquels viennent s'ajouter différents remboursements, comme celui des remboursements des frais d'expertise à l'occasion des actions récursoires menées, le produit des pénalités perçues en cas d'insuffisance de l'offre formulée par l'assureur, le produit des recours subrogatoires, la dotation versée par l'État au titre de la prise en charge des dommages issus de vaccinations obligatoires ainsi que la dotation versée par le fonds de financement des actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique.

---

23. Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

En 2009, les dépenses de l'ONIAM se répartissent entre le versement des indemnisations à 86,26%, les frais d'avocats et d'expertises à 5,36%, et les frais de fonctionnement et d'investissement à 8,38%. La confrontation du budget et de la réalisation de l'exercice montre une sous-consommation importante des crédits, due exclusivement à la baisse du montant des indemnisations des accidents médicaux.

### Evolution des dépenses

Tableau d'évolution des dépenses réalisées 2003/2010

Dépenses réalisées (MC)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Indemnisations	0,4	5	24,6	45,3	76,4	89	83	68
Fonctionnement et investissement	3	4,3	4,7	5	5,5	6	6,8	8,4
<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>9,3</b>	<b>29,3</b>	<b>50,3</b>	<b>81,9</b>	<b>95</b>	<b>89,8</b>	<b>76,4</b>

### Evolution des recettes

Tableau d'évolution des recettes 2003/2010

Recettes (MC)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Assurance maladie	70	70	70	0	0	50	117	70
Etat	0	0	0	0,3	0,4	0,6	1,6	3,18
Autres	0	0,015	0,2	9,9	12,3	17,1	18,7	13,2
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>70,015</b>	<b>70,2</b>	<b>10,2</b>	<b>12,7</b>	<b>67,7</b>	<b>137,3</b>	<b>86,4</b>

FIGURE 1 – Évolution des caisses de l'ONIAM *cf.* site internet de l'ONIAM

## **3.2 Processus d'indemnisations et rôle de l'ONIAM.**

La loi sur les Droits des Malades vise à régler les difficultés rencontrées par les victimes d'accidents graves en leur permettant d'obtenir une indemnisation d'accès facile et rapide. Cette loi s'applique aux victimes d'accidents médicaux mais aussi d'affections iatrogènes (affections liées à des soins) et aux infections nosocomiales (infections contractées dans un établissement de soins).

En cas d'aléa thérapeutique, c'est-à-dire en l'absence de responsabilité, l'indemnisation sera donc versée par l'ONIAM, sur le fondement de la solidarité nationale.

Tandis que si la responsabilité des professionnels, des établissements de santé ou des producteurs de produits de santé est mise en évidence, c'est alors leurs compagnies d'assurance qui prendront en charge l'indemnisation.

### **3.2.1 Le champ d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales :**

La loi du 4 mars 2002 fait coexister trois systèmes de responsabilité, à savoir :

- Un système de responsabilité des professionnels et des établissements de santé fondé sur la faute et garanti par les assureurs du professionnel de santé en cause.
- Un système de responsabilité sans faute, des accidents graves non fautifs garanti par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale.
- Ainsi qu'un régime spécifique en cas d'infections nosocomiales qui, après modifications de la loi du 4 mars 2002 par celle du 30 décembre 2002, place les plus graves d'entre elles sous le régime de l'indemnisation de l'ONIAM au titre de la solidarité nationale.

On peut ajouter que depuis sa création, de nouvelles missions ont été progressivement confiées à l'ONIAM. Au terme de l'article L.1142-22 du code de la sante publique, l'ONIAM s'est vu confier l'indemnisation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire, dans le cas ou elle entrainerait des préjudices graves comme par exemple la contamination par

le VIH, ou par le virus de l'hépatite C.

### 3.2.2 Procédure d'indemnisation :

Difficile de parler de la procédure d'indemnisation proposée par l'ONIAM sans définir, même succinctement, ce que sont les CRCI et leur rôle. Depuis la loi du 4 mars 2002, le patient (ou ses ayants droits) voulant obtenir réparation de ses préjudices bénéficie de deux options, soit : agir devant les juridictions de droit commun, ou faire une demande d'avis devant une Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation : la CRCI.

Les CRCI sont des commissions administratives indépendantes de l'ONIAM, même si le fonctionnement matériel des commissions est nécessairement assuré par l'ONIAM.

La procédure devant les CRCI peut se diviser en deux missions soit :

- Favoriser la résolution des conflits par la conciliation
- Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret du 4 avril 2003. (*Il est également requis que l'évènement à l'origine du dommage soit postérieur au 5 septembre 2001.*)

Pour tenter d'illustrer au mieux les différentes procédures on peut prendre l'exemple d'un individu qui estime être victime d'un dommage imputable à une action de prévention, de diagnostic ou de soins, il doit alors être informé par le professionnel de santé ou l'établissement sur les circonstances et les causes du dommage, au plus tard dans les 15 jours, lors d'un entretien qu'il a provoqué par une demande.

Suivant les explications et les raisons qui lui seront présentées par le praticien ou l'établissement, il peut alors saisir la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation dont il dépend.

Bien qu'il faille conserver à l'esprit que la saisie de cette commission est facultative, puisqu'elle peut saisir directement ou en parallèle le tribunal compétent. La saisie de la commission suspend tous les délais de recours et de prescription.

Une fois saisie, une CRCI ne peut se prononcer que sur des accidents

médicaux ayant entraîné des dommages dit : substantiels, à savoir :

- un déficit fonctionnel permanent<sup>24</sup> ou une incapacité permanente partielle<sup>25</sup> supérieure à 24 %,
- une durée d'incapacité temporaire de travail<sup>26</sup> d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois,
- si la victime a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle,
- si la victime a subi des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

Ainsi, si elle estime que le dommage subit présente le caractère de gravité défini précédemment, la commission pourra missionner une expertise médicale gratuite pour les victimes. Cette expertise médicale sera réalisée par un médecin expert inscrit sur la liste nationale des experts en accidents médicaux.

Une fois l'expertise transmise aux parties, une réunion sera organisée au sein de la CRCI. Il est indispensable de présenter un dossier complet, et d'être présent ou de se faire représenter, par un avocat si besoin est, lors de la convocation à la CRCI.

En effet, dans un délai de 6 mois, la commission émettra selon le rapport d'expertise un avis sur :

- les circonstances, la cause, la nature et l'étendue du dommage,
- les responsabilités encourues,
- le régime d'indemnisation applicable (faute/solidarité nationale) les préjudices subis par la victime.

Si la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement est reconnue, son assureur doit faire une offre d'indemnisation à la victime dans les 4 mois après réception de l'avis.

Si la victime accepte l'offre, l'assureur dispose d'un délai d'un mois pour effectuer le paiement.

Si la victime refuse l'offre, elle peut saisir le tribunal compétent qui, s'il estime que l'offre était manifestement insuffisante, condamnera l'assureur à

---

24. D.F.P

25. I.P.P.

26. I.T.T

verser à l'ONIAM une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue sans préjudice des dommages et intérêts éventuels qui pourront être versés à la victime.

En cas de silence de l'assureur ou d'absence d'assurance de la part du professionnel de santé ou de l'établissement en cause, l'offre est substituée à l'assureur, c'est-à-dire que l'ONIAM indemniser la victime en lieu et place de l'assureur. Le juge, saisi par l'ONIAM par la suite, condamnera l'assureur ou le responsable à lui verser une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue.

En cas d'absence de faute d'un professionnel de santé ou d'un établissement, l'ONIAM est tenu d'adresser à la victime dans un délai de 4 ans suivant l'avis, une offre d'indemnisation. Le paiement doit ensuite intervenir après accord de la victime dans le délai d'un mois.

La victime dispose d'un droit d'action en justice si aucune offre ne lui a été faite ou s'il la considère comme insuffisante.

Toutes les actions tendant à mettre en cause la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement se prescrivent par 10 ans.

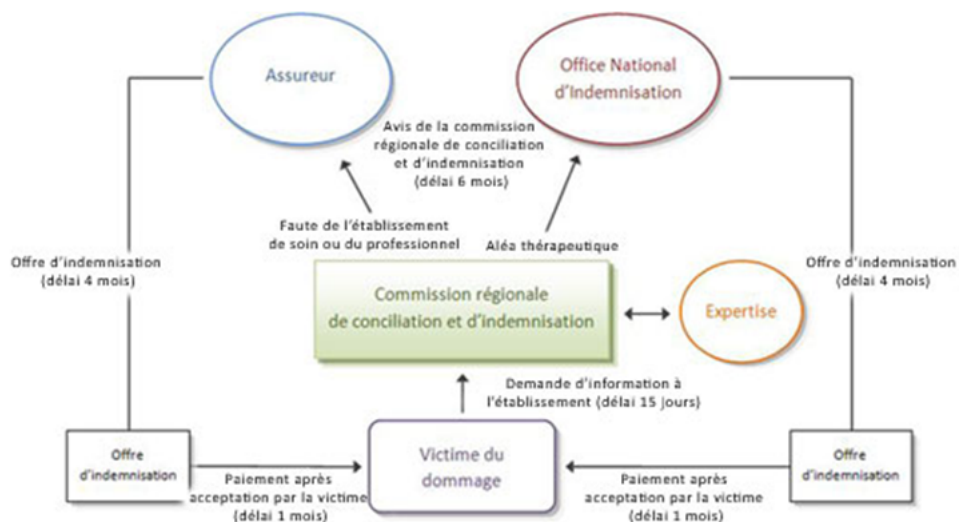


FIGURE 2 – Mécanismes des principes d'indemnisation par l'ONIAM cf.site internet de l'ONIAM



## Conclusion

Après le traitement de ces différentes parties, il semble clair que la loi du 4 Mars 2002 a fait plus que reprendre les jurisprudences antérieures à son écriture, puisqu'elle a aussi et surtout, instauré une indemnisation collective du risque non fautif.

Elle vient également effectuer une autre avancée notable en posant le principe d'un système unique de responsabilité pour faute.

Toutefois il peut être légitime de s'interroger sur la cohérence de ce régime "unique"...En effet pour maintenir l'unité de la faute, était-il pertinent de conserver deux ordres de juridiction susceptible d'interpréter différemment les termes d'une même loi?

Enfin, on peut également souligner une position inconfortable quant au jugement de certaine affaire, le cantonnement des dispositions nouvelles aux incident médicaux postérieurs au 5 septembre 2001 pose un double régime, celui de l'avant loi et celui de l'après loi Kouchner...

Pourtant, la cour de cassation avait proposé un contournement de cette situation en établissant que la loi nouvelle s'appliquerait à toutes affaires en cours non définitivement jugées. Cette précaution n'a hélas pas été retenue.

La loi Kouchner vient réellement poser un droit du patient à indemnisation, néanmoins on continue d'observer des difficultés d'application de cette loi.

Et si le contexte dans lequel a été élaborée cette loi était pressant, peut être que plusieurs années après sa mise en place, il serait intéressant d'en repenser certains aspects.

## Références

- CERETTI, Alain-Michel et Laure ALBERTINI. *Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. fr. Rap. tech. 2011, p. 310.
- Indemnisation du risque médical par la solidarité nationale*. URL : <http://www.oniam.fr/> (visité le 05/11/2012).
- KRIEGEL, Blandine. « Chapitre 5. La responsabilité Politique et pénale dans l'affaire du sang contaminé ». Dans : *Journal International de Bioéthique* 12.2 (2001), p. 59.
- LACAN, Jacques et Jacques-Alain MILLER. *Le Séminaire, tome 11 : Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse, 1964*. Seuil, p. 312.
- SAUVÉ, Jean-Marc. « Le droit des malades, 10 ans après ». Dans : *Le droit des malades 10 ans après*. Université Paris Descartes. URL : <http://www.conseil-etat.fr/fr/discours-et-interventions/le-droit-des-malades-10-ans-apr.html>.

**L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Si vous modifiez, transformez ou adaptez cette œuvre, vous n'avez le droit de distribuer votre création que sous une licence identique ou similaire à celle-ci.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**  
**<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/fr/>**

