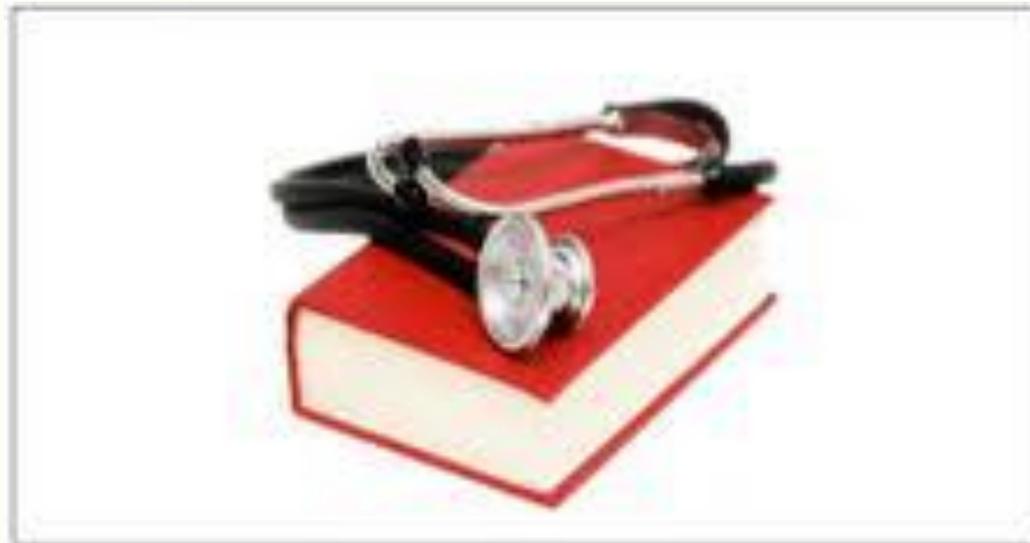


**CONCILIATION
ET INDEMNISATION D'UN
ACCIDENT MEDICAL GRAVE EN
GUADELOUPE :**



Principaux apports de la Loi du 4 mars 2002

- Les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux sont issues de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elles ont été mises en place en 2003.
- La loi du 4 mars 2002 a consacré plusieurs évolutions majeures concernant l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, notamment :
 - un renforcement sensible des droits des personnes malades : droit à l'information et à l'expression du consentement aux soins, liberté de choix du praticien et de l'établissement de santé, droit d'accès au dossier médical hospitalisation ;
 - le développement de la démocratie sanitaire qui consiste à instituer une représentation des usagers du système de santé dans différentes instances, telles que les CCI ;



- une certaine uniformisation des régimes de responsabilité civile et administrative, notamment au regard de deux éléments :
 - ✓ le fondement unique de la responsabilité médicale est désormais l'article L.1142-1 du code de la santé publique qui se substitue, en matière civile, à l'article 1147 du code civil, et en matière administrative, au régime prétorien institué par le Conseil d'Etat ;
 - ✓ l'article L.1142-28 du code de la santé publique : le délai de prescription est de 10 ans à compter de la consolidation du dommage.
- D'un point de vue contentieux, l'essentiel de cette loi a consisté en deux aspects :
 - véritable système d'indemnisation amiable s'appuyant sur trois organismes :
 - ✓ l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ;
 - ✓ la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) ;
 - ✓ les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) ;
 - affirmation et/ou redéfinition juridique de deux concepts particulièrement importants : l'aléa thérapeutique et la notion d'infection nosocomiale, ces deux outils constituant, avec la faute médicale, l'essentiel de l'arsenal juridique utilisé par les institutions chargées de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Les principes fondateurs du dispositif : articles L.1142-1 et suivants du CSP

Un principe de responsabilité des professionnels de santé

- Le professionnel de santé ou l'établissement est responsable en cas de faute
- L'établissement (mais pas le praticien en cabinet libéral) est de plein droit responsable en cas d'infection nosocomiale sauf s'il apporte la preuve d'une cause étrangère
 - ▶▶ présomption légale
 - ▶▶ limitation aux dommages ne dépassant pas 25 % d'AIPP

Un droit à indemnisation par la solidarité nationale

- L'aléa thérapeutique : absence de faute et notion de dommage anormal
- L'infection nosocomiale entraînant une AIPP de + de 25%

Deux missions pour les CCI

- Indemniser les victimes d'accidents médicaux
- Organiser la conciliation entre les patients et les professionnels de santé

Création de trois organes fonctionnels

L'ONIAM :

- **Met à disposition** des CCI les moyens de fonctionnement : environ 80 emplois à l'ONIAM et 34 en CCI
- **Indemnise** :
 - les accidents médicaux non fautifs graves : + de 24 % d'AIPP
 - les infections nosocomiales graves : + de 25 % d'AIPP
 - le VIH et le VHC contractés par voie transfusionnelle
 - les préjudices résultants de vaccinations obligatoires et les préjudices nés de mesures sanitaires d'urgences
 - assure le secrétariat du collège d'experts compétents pour émettre des avis relatifs à l'indemnisation du BENFLUOREX
 - assure le secrétariat de l'observatoire des risques médicaux
- **Budget 2015**: 130,882 M€
 - crédits affectés aux dépenses d'indemnisation : 111,449 M€ (85%)
 - crédits affectés aux expertises : 4,724 M€ (4%)
 - crédits affectés aux honoraires d'avocats : 3,980 M€ (3%)
 - dépenses de fonctionnement : 10,729 M€ (8%)

LA CNAMED :

- **Etablit la liste nationale des experts en accidents médicaux**
 - examen de la qualification (médicale + inscription sur liste juridictionnelle) des experts candidats et de leurs compétences (plusieurs expertises)
 - prononce l'inscription, le renouvellement et, le cas échéant, la radiation
- **Evalue l'ensemble du dispositif** de règlement amiable des accidents médicaux
 - rapport annuel remis au Parlement et au gouvernement
 - fonctionnement des commissions, modalités d'accès, analyse des avis ...
 - rencontres régulières avec l'ONIAM et les CCI (séparément)
- **Elabore des recommandations :**
 - mission d'expertise médicale
 - adoption des avis type
 - adoption de la nomenclature Dintilhac
 - livret de l'expert
 - évaluation du déficit fonctionnel temporaire
 - actes médicaux sans finalité thérapeutique
 - ...

Les CCI qui ont pour mission :

- de **rendre des avis** permettant l'indemnisation des accidents médicaux répondant à des conditions de date et de seuil
- de faciliter la résolution des conflits en proposant une **conciliation**

La loi a favorisé l'indemnisation amiable par l'intervention des CCI

Une procédure simple

- avocat non obligatoire
- saisine directe de la Commission par l'envoi d'un formulaire disponible sur Internet
- délais de prescription et de recours contentieux suspendus (art L.1142-7 4^{ème} alinéa CSP)

Une procédure gratuite

- Pas de frais d'expertise à la charge du requérant (seuls les frais de déplacement pour se rendre à la réunion d'expertise restent à la charge du patient ou de ses ayants-droit)

Une procédure rapide

- La Commission doit rendre son avis dans les **six mois de sa saisine complète**, la proposition d'indemnisation doit être adressée dans les **4 mois suivants** et le paiement intervenir dans **le mois qui suit** l'acceptation de la victime : une durée théorique maximale de **11mois**

Statut des Commissions

✓ **Commissions administratives indépendantes**

Les présidents des commissions sont des magistrats, judiciaires ou administratifs, nommés pour 3 ans, qui ne sont pas sous l'autorité de l'ONIAM.

✓ **Commission régionales** : 1 par région administrative *(la réforme récente des régions n'a pas encore impacté la répartition territoriale des CCI)*

✓ **Pas de personnalité juridique**

✓ **Pas de moyens financiers propres**

Le personnel et les moyens sont mis à leur disposition par l'ONIAM

✓ **12 membres, dont le président**

Usagers, professionnels hospitaliers et des établissements de soins, assureurs, personnalités qualifiées. Nommés pour trois ans par le directeur de l'A.R.S. Un représentant de l'ONIAM

Les pôles interrégionaux d'indemnisation

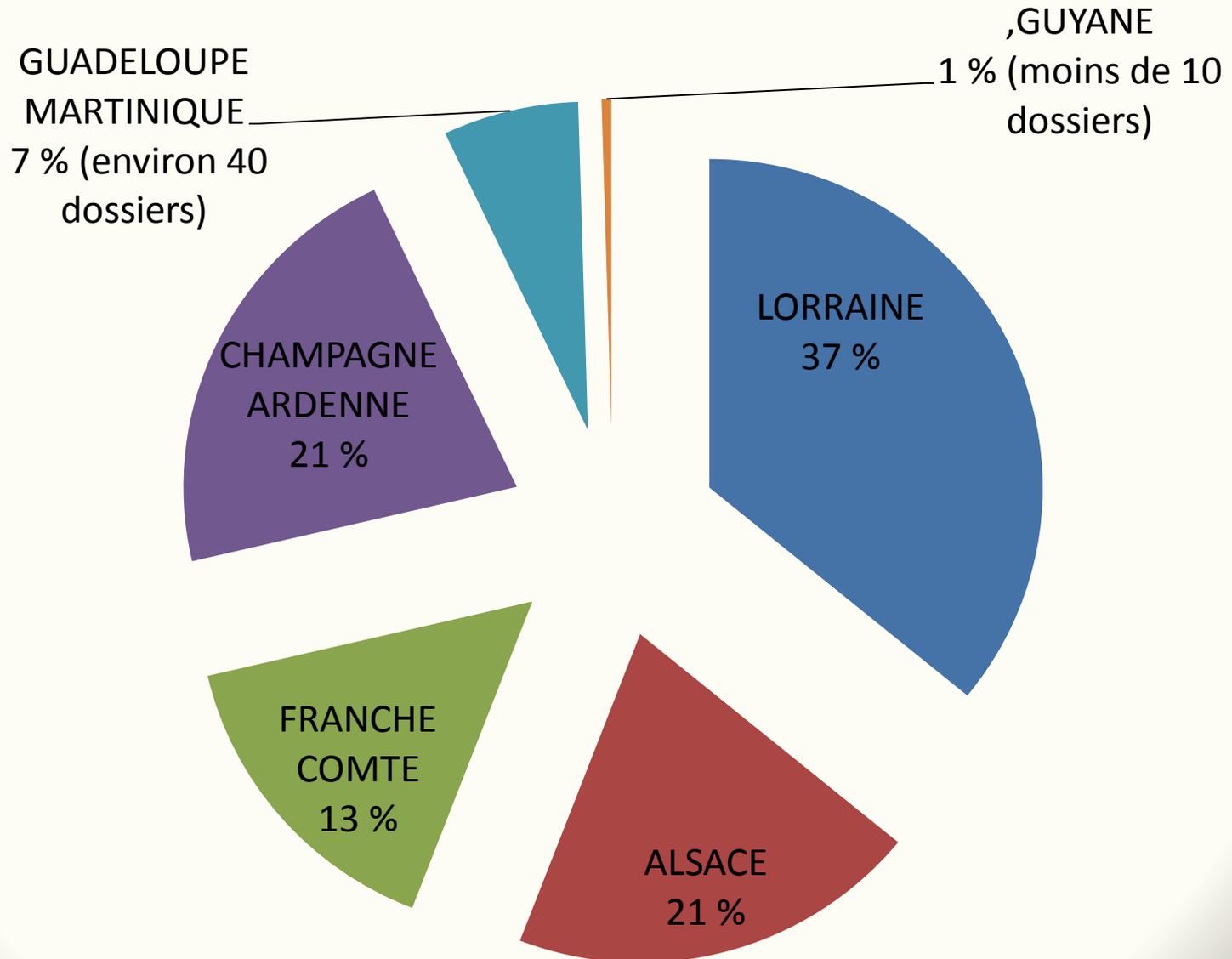
CCI	PÔLE	Président
Ile de France	BAGNOLET Idf	Dorothee DIBIE
Nord, Picardie, Centre	BAGNOLET Nord	Serge FEDERBUSCH
Haute-Normandie, Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, La Réunion	BAGNOLET Ouest	Muriel DURAND
Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin, Poitou-Charentes	BORDEAUX	Thierry LIPPMAN
Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes	LYON NORD	Agnès CHAUVE
Languedoc-Roussillon, Provence Alpes Côte d'Azur	LYON SUD	Alexandra BEDELET
Champagne-Ardenne, Alsace, Franche Comté, Lorraine, Guyane, Guadeloupe, Martinique	NANCY	Axel BARLERIN

L'activité des CCI en 2014

source : rapport d'activité 2014

- **4319 dossiers reçus**
- **5211 dossiers traités** dont environ 30 % de réponses positives :
- **3330 expertises** diligentées, rendue en moyenne au bout de 4,5 mois par les experts
- **Délai moyen de traitement en procédure d'indemnisation,** de la date à laquelle le dossier est complet au premier avis de la Commission :
 - 2,8 mois lorsque pas d'expertise,
 - 9,7 mois en cas d'avis négatif,
 - 10,8 mois en cas d'avis positif,
 - 7,8 mois tous dossiers confondus
- **210 demandes de conciliation**

Pôle interrégional de Nancy : demandes reçues en 2014



Les cas d'ouverture du droit à indemnisation



Des conditions d'accès au dispositif

Article L. 1142-1 du Code de la santé publique :

Accident médical fautif

- *Ne pas respecter les connaissances médicales avérées*
- *Faire courir à l'usager des risques disproportionnés par rapport aux bénéfices escomptés*
- *Erreur de diagnostic*
- *Inexactitude du geste médical*

Accident médical non fautif / Aléa thérapeutique

- *Réalisation d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical qui ne peut être maîtrisé*
- *Taux de survenue faible : CE 12 décembre 2014 Bondoni n° 355052*
- *Anormalité du dommage : CE 12 décembre 2014 Bondoni n° 355052*

Infection nosocomiale

Infection provoquée par des micro-organismes et associée aux soins qui apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation alors qu'elle était absente avant l'admission (dans l'année suivant une intervention chirurgicale, dans les semaines qui suivent en l'absence d'un tel geste)

Affection iatrogène

Effet secondaire lié à un traitement médical

Instruction de la demande

Examen initial de la demande

- **Vérification des conditions de recevabilité** : date du dommage (5 septembre 2001), existence d'actes médicaux et lien avec le dommage invoqué, qualité des ayants-droit ...
- CE avis 17 septembre 2012 : délai de recours dépassé contre décision de refus du CH
- CE avis 17 juillet 2013 : recours CCI suspensif si introduit avant expiration du délai de 2 mois à compter de la décision du Centre hospitalier pour saisir la juridiction
- Chose **définitivement jugée et question de l'AMNF non tranchée**

Opportunité de l'expertise

- **L'expertise n'est pas obligatoire**
- **Appréciation d'opportunité initiale** du président de la Commission sur la base de : pièces manquantes ; absence d'acte médical en cause.
- **Décret 2014-19 du 9 janvier 2014** : article R. 1142-15 du CSP et « ordonnances » du Pdt quand le dommage « n'atteint manifestement pas l'un des seuils de compétence »
- **Désignation des experts** :
 - collégialité de principe
 - liste CNAMed, listes de juridictions, hors liste
- **Durée théorique de l'expertise** : 3 mois si un seul expert, 4 mois si plusieurs experts

L'accès à la CCI est subordonné à la gravité du dommage

Article D.1142-1 CSP

Le législateur a entendu limiter le bénéfice de la solidarité nationale aux **victimes de dommages « importants »** et limiter ainsi le nombre de demandes

Seuils alternatifs de principe :

- Décès ou déficit fonctionnel permanent (AIPP) supérieur à 24%
- Arrêt temporaire des activités professionnelles pendant 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois
- Déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois

A titre exceptionnel :

- lorsque la victime est déclarée définitivement inapte au travail qu'elle exerçait avant de l'accident
- lorsqu'elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence

1^{er} seuil de gravité (hors décès) :

Déficit fonctionnel permanent (AIPP) supérieur à 24 %

(Remarque importante : supérieur à 24 = à partir de 25 % !)

21% des cas d'admission

Le taux est fixé par application du barème annexé au décret n°2003-314 du 4 avril 2003.

- Problème des incapacités multiples et de leurs origines
- Prise en compte des AIPP résiduelles habituelles après une intervention

Méthode d'évaluation

Pour les opérations ne présentant pas de risque particulier, à fort taux de réussite, le DFP peut être calculé non en fonction de l'état initial du patient mais au regard de l'état espéré

CE, 30 juillet 2014, M. Oudghiri, n° 361 821

Ex : chirurgie de la cataracte (Oudghiri)

Exemples

• Exemples de Déficit fonctionnel permanent (AIPP) :

✓ Ophtalmologie :

perte complète de la vision d'un œil	= 25 %
perte de 8/10 ^{ème}	= 12 %
perte 19/20 ^{ème}	= 23 %

✓ Appareil locomoteur :

amputation bras/avant bras/main et pied/jambe cuisse	= 25 à 65 %
perte totale du grip de la main	= 20 % max
amputation transmétatarsienne	= 20 %
perte de 5 orteils	= 15 %
limitation de flexion du genou 0 à 30°	= 20 %

✓ Appareil respiratoire :

dyspnée à la marche normale sur terrain plat	= 15 à 30 %
--	-------------

✓ Urologie / gastro-entéro :

incontinence urinaire sévère nécessitant garniture permanente	= 20 à 25 %
incontinence sans contrôle sphinctérien	= 20 à 30 %

✓ Procréation/sexualité

stérilité inaccessible à toutes ressources (PMA)	= 20 à 25 %
amputation de la verge	= 20 à 25 %
tout le reste	= 10 % max

✓ Stomatologie

édentation complète inappareillable	= 35 %
limitation permanente de l'ouverture buccale à 10 mm	= 25 %
paralysie faciale bilatérale	= 15 à 25 %
tout le reste =	= de 1 à 15 %

2^{ème} seuil de gravité

Arrêt de travail de plus de 6 mois

- Il peut s'agir d'un arrêt partiel (mi-temps thérapeutique par ex.)
- Quid des demandeurs d'emploi ?



Accord Pdts CCI : équivalence en rapport avec appréciation du DFT

Intérêt pratique : arrêt de travail qui aurait été induit par un DFT de plus de 6 mois mais de moins de 50 %

3^{ème} seuil de gravité:

Déficit fonctionnel temporaire (DFT) total ou partiel d'au moins 50 % sur une période minimale de 6 mois

- 38 % des cas d'admission
- Existence d'un barème officiel indicatif :
Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun
annexé au décret 2003-314 du 4 avril 2003
- Permet l'indemnisation des victimes sans activité professionnelle.
- Difficultés concernant, par exemple, l'évaluation du préjudice visuel

Critères exceptionnels

- **Troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence** : retenus dans moins de 10 % des avis favorables
 - ✓ Non définis par la loi
 - ✓ A ne pas confondre avec les souffrances endurées avant la consolidation
 - ✓ Exemples : stomies, incontinences sévères ; nombreuses opérations sur plusieurs années ; déficit très incapacitant compte tenu de l'âge ; difficultés particulières sur le plan financier
- **Perte de l'emploi** : retenue dans 1% des avis favorables

Le passage en commission

- **Les parties** sont présentes ou représentées
- Elles peuvent **être assistées** (avocat, médecin, personne de leur choix...)
- Les **débats** ne sont pas publics
- Le **vote** a lieu à la majorité des membres, le président ayant une voix prépondérante en cas de partage

L'avis de la Commission

Nature juridique :

« Mesure préparatoire à un éventuel règlement amiable » des litiges de soins

CE Avis 10 oct 2007, n° 306 590

C. Cass 1^{ère} Chb civ, 6 mai 2010, n° 09-66947

Conséquences :

- Pas de force exécutoire, ni sur les assureurs ni sur l'ONIAM (liberté des parties pour l'application de l'avis de la CCI)
- Pas d'autorité de la chose jugée
- Un déroulement procédural sans encadrement juridique
- Pas de voie de recours au sens strict / mais en réalité possibilité de saisir la justice civile ou administrative de l'ensemble de l'affaire

Objet de l'avis d'indemnisation

L'avis de la commission précise pour chaque chef de préjudice :

- les circonstances
- la nature et l'étendue des dommages subis
- son appréciation sur les responsabilités encourues.

Utilisation de la nomenclature Dintilhac

- Par les CCI depuis la publication de cette nomenclature
- Par les juridictions judiciaires depuis la publication de cette nomenclature
- Par les juridictions administratives depuis :
 - CE 7 octobre 2013, Min Défense, n° 337 851 : principe
 - CE 16 décembre 2013, Mme de Moraes, n° 346 575 : première application

Si l'avis est positif, la commission invite l'assureur et/ou l'ONIAM à présenter à la victime une offre d'indemnisation

Le montant de l'indemnisation

Rappel du principe :

La CCI ne se prononce pas sur les montants en euros

Elle transmet l'avis à l'ONIAM et/ou à l'assureur avec mention des postes de préjudices retenus

Référentiel ONIAM :

- **Méthode d'élaboration (2004-2005)**

- une étude de l'existant dans les juridictions judiciaires et administratives et dans la base AGIRA (accidents automobiles)

- un arbitrage interministériel

- une approbation par le conseil d'administration

Adopté en 2005 puis modifié en 2008 pour prendre en compte la nomenclature Dintilhac

Actualisé en 2009 pour certains préjudices puis en 2011 et en 2016 pour moderniser les tables de capitalisation

- **Difficultés :**

- appliqué par les juridictions administratives et pas par les juridictions judiciaires, qui actualisent régulièrement leurs propres barèmes (par ressort de cour d'appel)

Suites données à un avis positif

(30% des avis)

- **L'ONIAM et/ou l'assureur ne sont pas obligés de suivre l'avis**

Taux de refus ONIAM : environ **8%**

Taux de refus des assureurs : entre **20 et 25 %**

* Si l'ONIAM refuse de suivre l'avis : la victime dispose d'une action devant la juridiction administrative

* Si l'assureur ne suit pas l'avis : action devant la juridiction administrative ou devant la juridiction judiciaire selon le cas

- **Si l'assureur ne suit pas l'avis**, l'ONIAM peut indemniser à sa place et se retourner contre l'assureur en engageant une procédure (article L.1142-15 du CSP)

= appréciation en opportunité pour l'ONIAM de se substituer ou pas

Lorsque l'ONIAM refuse de se substituer à l'assureur d'un hôpital déclaré responsable par la CCI = pas de recours contre la décision de l'ONIAM

CE 6 nov 2013, ONIAM, n° 355 031 et 355 032

- **Si l'assureur est condamné, il encourt une pénalité de 15%**

= ici encore appréciation de l'ONIAM, en opportunité, sur l'application de la pénalité

= **Pour incitatif qu'il apparaisse, ce mécanisme est en réalité peu dissuasif**

Des difficultés récurrentes

- **Les experts** : question majeure et quadrature du cercle
 - rareté de la ressource, surcharge d'activité des volontaires,
 - inscription sur les listes : CNAMed, C. Cassation, Cours d'appel ...
 - différentiel de rémunération par rapport aux expertises judiciaires
- **Connaissance du dispositif** : une enquête nationale menée par le ministère de la santé en 2009 concluait que le nombre d'évènements graves liés aux soins se situait dans un fourchette allant de 95 000 à 180 000
 - Or 10 % seulement des patients déclarent le connaître, selon une étude menée en 2012
- **Une gouvernance complexe du dispositif** : L'ONIAM a acquis un statut prédominant dans le tryptique CNAMed/ONIAM/CCI alors que le régulateur initialement envisagé, la CNAMed, dispose de peu de pouvoirs et de moyens
- **L'ONIAM est membre de droit** de chaque commission, ce qui entraîne un soupçon d'impartialité dès lors que la question de l'aléa thérapeutique est abordée. **Les assureurs** disposent de deux représentants ce qui peut susciter des interrogations sur d'éventuels conflits d'intérêt
- **Des concepts médicaux et juridiques complexes à géométrie variable** - infection nosocomiale et aléa thérapeutique - ce qui complique les travaux des commissions

Quelques pistes de réflexion

- **Flou** entourant la notion **d'aléa thérapeutique**
- **Réorganisation/revalorisation de l'expertise**
- Faut-il **abaisser les seuils de gravité** notamment le taux d'AIPP fixé à 24% ?
- **Connaissance du dispositif** d'indemnisation CCI.
- Faut-il **conserver/modifier la procédure de conciliation** ?
- **Délai législatif de 6 mois** et **moyens** des CCI ?
- **Publication des avis** des CCI ?
- **« Juridictionnalisation des commissions » / force obligatoire de leurs avis**
- **Actualisation du référentiel Oniam** / possibilité de **fixer les montants** pour la commission / **recours préalable obligatoire**