

# Communications du Réseau

Volume 3- Numéro 3

20 décembre 2010

## LE SYSTÈME D'INDEMNISATION DU RISQUE SANITAIRE ET LA LOI DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET À LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ.

Depuis 1970, la médiation et la conciliation apparaissent comme des moyens alternatifs efficaces à la résolution de conflits liés à la survenance de dommages dans le cadre de soins de santé qu'ils soient fondés ou non sur la faute. La loi du 4 février 2002 propose sous certaines conditions une indemnisation aux victimes pour les dommages causés dans le cadre d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins. Elle propose un règlement amiable via l'assurance du professionnel de santé responsable pour les dommages causés par une faute ou via l'ONIAM, basé sur la solidarité pour les dommages causés en l'absence de faute.

Jusque là, la jurisprudence civile accordait l'indemnisation seulement dans le cadre d'une faute et appliquait le droit commun de la responsabilité. Mais n'accordait aucune indemnisation en présence de dommage lié à l'aléa thérapeutique.

En revanche, la jurisprudence administrative notamment dans l'arrêt Bianchi<sup>1</sup>, le Conseil d'État reconnaissait une responsabilité sans faute de l'hôpital du fait de la réalisation d'un acte médical connu mais exceptionnel entraînant des dommages graves sans lien avec l'infection soignée.

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 rompt avec le traitement inégal subi par le patient selon qu'il est victime d'une faute commise par un médecin ou d'un aléa thérapeutique, selon qu'il est patient d'un établissement public ou privé.

### La loi du 4 mars 2002 et le système d'indemnisation amiable du risque sanitaire

La présente loi crée, d'une part, un droit à l'indemnisation des aléas thérapeutiques c'est-à-dire des accidents médicaux sans fautes basé sur un système de

solidarité nationale, et d'autre part, un système de règlement amiable des conflits entre médecin et patient.

La loi définit cependant des critères d'admissibilité (1) et met en place trois organismes autour desquels s'organise le mécanisme d'indemnisation (2).

#### ✓ Les critères

Pour les demandes fondées sur la solidarité ou sur la responsabilité d'un professionnel de la santé, les critères de recevabilité diffèrent sur quelques points.

Sont recevables devant la commission régionale les demandes introduites par :

- tout patient « s'estimant victime » (mais aussi les ayants droits et les héritiers)
- d'un dommage imputable à des activités de prévention de diagnostic ou de soins.

Trois domaines d'intervention pour l'indemnisation au titre de la solidarité nationale: les accidents médicaux, les infections nosocomiales ou les infections iatrogènes.

Pour les demandes fondées sur la solidarité, le dommage doit présenter une certaine gravité<sup>2</sup>: le seuil de gravité au-delà duquel la demande est recevable est 25 % d'IPP (Incapacité physique permanente)

#### ✓ Les organes compétents

Il s'agit de l'office national d'indemnisation des actes médicaux, des affections iatrogènes et infections nosocomiales (ONIAM), des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et de la commission nationale des accidents médicaux (CNAM).

La procédure est la suivante. Lorsqu'un accident médical survient, le patient ou ses ayants droit saisit soit la justice soit la commission régionale de conciliation et d'indemnisation compétente territorialement soit les deux dans un délai de 10 ans qui court à compter de la

<sup>1</sup> Arrêt C.E Épouse V. c. Bianchi, 9 avril 1953

<sup>2</sup> Décret n 2003-314 du 4 avril 2003

consolidation<sup>3</sup>. Lorsque la CRCI est saisie, elle procède à une expertise sur pièces et détermine le seuil de gravité. Elle peut rejeter ou accepter la demande. Si elle refuse le patient ou ses ayant-causes peuvent saisir la justice. Si elle considère que le dossier est admissible, elle fait procéder à une expertise contradictoire au fond. Lorsque le rapport d'expertise est déposé, les parties sont convoquées devant la CRCI. La CRCI se prononce sur l'existence (1) ou l'absence (2) d'une faute.

1. Dans le premier cas, l'assureur garantissant la responsabilité civile ou administrative des acteurs de santé fait une offre au patient dans les quatre mois de l'avis de la commission, refuse ou se tait. Si l'assureur fait une proposition et que celle-ci est acceptée, le règlement définitif à lieu. La signature de la transaction fait office de loi entre les parties qui l'ont signée. Au contraire, si l'offre est refusée, le patient ou ses ayants droits peuvent saisir la justice. Le régime de la responsabilité pour faute se prescrit pour 10 ans à compter de la consolidation du dommage.

Lorsque l'assureur refuse ou reste silencieux, l'ONIAM se substitue et fait une offre qui peut être acceptée ou refusée. Dans l'hypothèse, d'un refus, le patient peut toujours saisir le tribunal compétent. S'il accepte, il est procédé au paiement.

2. En l'absence de faute, l'ONIAM fait une proposition au patient qui accepte ou refuse. S'il refuse il a toujours accès à la justice. S'il accepte, le paiement met fin au litige.

**Conclusion :** Il s'agit d'un très belle avancée en matière de protection et d'indemnisation des personnes victimes d'accidents thérapeutique, d'infections nosocomiales ou victime de la faute d'un professionnel.

Le système comporte cependant quelques limites notamment dans son accès. En effet, la demande est faite par la victime sur un formulaire comportant peu de renseignements sur les circonstances des dommages et sur son état de santé. Ces indications lacunaires peuvent fermer la porte à des dossiers qui mériteraient d'être examinés par la Commission Régionale. Cependant, comme tout système celui-ci a besoin de vivre pour être amélioré.

---

<sup>3</sup> État de santé qui ne peut plus évoluer, s'améliorer ou s'aggraver.

Auteur :

**Laurence Largenté**

Professionnelle de recherche, Cirano, Réseau RISQ+H.  
Candidate au doctorat de droit, Université de Montréal-  
Université de Toulouse. Chargée de cours, faculté de droit,  
Université de Montréal

## Bibliographie

*P, Vayre. (2004). Le risque chirurgical vu par le médecin expert. Nouveaux aspects de la gestion sécuritaire et de l'indemnisation des préjudices à partir de 2002. EMC- Chirurgie 1 p 85 à 99*

*Claudine, Esper. (2002). La nouvelle réparation des conséquences des risques sanitaires (loi n 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé). Med & Droit, 55 p 3-12.*