

J. 222 / 09-03

L'INDEMNISATION DES VICTIMES DES ACCIDENTS MÉDICAUX

Vous avez été victime d'un accident médical, comment obtenir réparation de vos dommages ? À qui vous adresser ? Des mesures récentes ont été prises pour améliorer le sort des victimes et faciliter la procédure d'indemnisation (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Mais celles-ci et les conseils qui suivent ne sont applicables que pour les accidents consécutifs à des actes médicaux réalisés à compter du 5 septembre 2001¹.

L'ACCIDENT MÉDICAL

La loi prévoit la réparation des préjudices corporels subis en cas d'accidents médicaux. Sont prises en charge les conséquences dommageables d'un acte médical, **qu'il s'agisse d'un acte de diagnostic, de prévention ou de soin**, même exercé dans des circonstances d'urgence. Le terme d'"accidents médicaux" renvoie par exemple aux dommages subis à la suite d'une opération, d'un examen radiologique, de la prise d'un médicament... Ne sont donc pas concernés les dommages liés aux activités hospitalières non médicales telles que l'hôtellerie, la restauration, etc.

Ne sont pas davantage concernées les conséquences d'une maladie qui soudainement s'aggrave du fait de l'évolution normale de la pathologie, ni la perte d'un membre que l'on a dû amputer suite à un accident.

Les seuls dommages dont vous obtiendrez réparation sont les conséquences de l'acte médical considérées comme anormales au regard de votre état de santé et de son évolution prévisible, c'est-à-dire **les dommages que vous n'auriez jamais dû subir sans cet accident médical**. Il s'agit bien d'un accident et non de l'échec des soins.

En principe, vous n'obtiendrez réparation de vos dommages que dans les cas où vous établissez la **responsabilité** du professionnel de santé (médecin, dentiste ou auxiliaire de

santé tels le kinésithérapeute, l'infirmier, l'ergothérapeute...) ou celle de l'établissement de santé (clinique, hôpital, coopérative de médecins...).

Pour cela, il vous faudra prouver l'existence d'une **faute**, la réalité et l'étendue de vos dommages, et le lien de causalité entre ces dommages et la faute (art. L. 1142-1 I C. santé publ.). Il est à noter que la recherche des preuves vous sera facilitée pour les préjudices les plus graves.

La faute peut être commise par le professionnel de santé – par exemple une surveillance inattentive du patient pendant la période postopératoire, l'oubli d'une compresse dans le corps du malade, une maladresse entraînant la perforation d'un organe au cours d'une opération, la prescription d'un médicament alors que le patient présente une contre-indication ou la prescription de plusieurs médicaments incompatibles, une erreur de diagnostic flagrante... En effet, le médecin doit donner des soins consciencieux et « conformes aux données acquises de la science ».

La faute peut aussi être commise par l'établissement de santé – ce seront principalement les problèmes de mauvaise organisation du service ayant conduit par exemple à ce qu'une intervention médicale intervienne trop tardivement par manque de personnel, ou à ce qu'une interven-

¹ Les accidents médicaux (postérieurs au 5 septembre 2001) faisant l'objet d'une procédure judiciaire sont eux aussi concernés, dès lors qu'aucune décision définitive n'est intervenue.

tion ne soit pas pratiquée par le personnel qualifié. La faute de l'établissement sera également retenue si les appareils médicaux ne fonctionnent pas.

Par ailleurs, la médecine n'est pas une science exacte et il arrive qu'un accident se produise sans qu'il soit dû à une quelconque faute du professionnel ou de l'établissement de santé : c'est ce qu'on appelle l'**aléa thérapeutique**. Il s'agit d'un risque inhérent à l'activité médicale. Dans cette hypothèse, il n'y a pas de faute commise et donc pas de

responsable. L'indemnisation du patient est cependant assurée par la solidarité nationale, mais uniquement pour les préjudices les plus graves (art L. 1142-1 II C. santé publ.).

Enfin, un même accident peut être à la fois rattaché à une faute et à un aléa thérapeutique. Il s'agira alors de déterminer la part du préjudice imputable à la faute et celle imputable à l'aléa ; l'indemnisation sera assurée à la fois par le responsable et par la solidarité nationale.

S'INFORMER SUR LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Vous serez amené à apporter la preuve de la faute du professionnel ou de l'établissement de santé. Il vous faut donc réunir un maximum d'informations et de documents.

Conservez tous les documents en votre possession justifiant de l'acte médical litigieux (ordonnance, fiche maladie...). S'il s'agit d'une chute d'un appareil médical (table d'opération...), essayez de recueillir des témoignages.

Demandez par écrit au professionnel de santé ou à l'établissement concernés de vous exposer les circonstances et les causes du dommage. La loi précise que cette information doit vous être fournie dans les quinze jours suivant votre demande, dans le cadre d'un entretien au cours duquel vous pouvez être assisté par un médecin ou toute personne de votre choix (art. L. 1142-4 C. santé publ.). Il est possible qu'à ce stade les causes de l'accident ne soient pas connues par le professionnel ; il s'agit avant tout de vous permettre d'avoir une discussion avec le corps médical et de comprendre ce qui s'est passé.

Par ailleurs, vous pouvez aussi **demandez communication de votre dossier médical** au professionnel de santé, au responsable de l'établissement de santé ou à toute personne que l'établissement vous indique comme compétente. Ce dossier est constitué de l'ensemble des informations

formalisées concernant votre santé détenues par les professionnels et établissements : écrits entre professionnels, résultats d'examen, comptes rendus de consultation...

Il doit vous être communiqué dans les huit jours suivant votre demande, mais au plus tôt après un délai de 48 heures. Pour éviter de perdre du temps, précisez bien que vous voulez consulter la totalité du dossier et indiquez les renseignements permettant de le localiser (date de l'hospitalisation ou des visites, noms de l'établissement et du médecin...). Enfin, envoyez une copie de votre pièce d'identité.

Si vous cherchez à obtenir des informations relatives à une personne décédée dont vous êtes l'ayant droit (parents, enfants...), vous devez présenter une demande exposant votre motivation. Seuls les renseignements propres à vous permettre de connaître les causes de la mort du défunt, de défendre sa mémoire ou de faire valoir vos droits vous seront délivrés. Un refus motivé peut vous être opposé.

La consultation du dossier se fait sur place avec possibilité de demander des copies, ou par l'envoi de la copie des documents. Précisez, lors de votre demande, les modalités de consultation que vous avez choisies. La consultation est gratuite et le coût des copies ne peut excéder le prix de la reproduction.

SAISINE DE LA COMMISSION RÉGIONALE DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION (CRCI)

Afin de faciliter le règlement à l'amiable des litiges relatifs à un accident médical, la loi a instauré des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI). **Vous devez saisir la commission de la région dans laquelle a été effectué l'acte médical litigieux** (art. R. 1142-13 C. santé publ.).

Les CRCI sont présidées par un magistrat et composées de représentants des professionnels et établissements de santé, de représentants des assureurs et de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam), mais aussi de représentants des usagers du système de santé.

Un numéro vert, le 0800 779 887, a été mis en place. Un représentant de l'Oniam vous répond et vous conseille. Il vous donnera les coordonnées de la commission régionale qui vous concerne.

Pour plus d'informations, consultez les sites Internet <www.oniam.fr> et <www.commissions-crci.fr>.

RÔLE DE LA COMMISSION

Il faut distinguer deux situations :

- **Pour les préjudices dépassant le seuil de gravité** visé par la loi (cf. encadré en page suivante), la commission interviendra "en formation de règlement amiable des accidents médicaux", c'est-à-dire qu'elle émettra un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages. Cet avis précisera s'il y a un responsable, qui il est et qui vous indemniserà.

- **Pour les préjudices inférieurs au seuil de gravité**, la commission n'interviendra qu'à titre de **conciliateur** pour tenter de trouver un compromis entre votre position et celle de la partie adverse. Elle ne déterminera pas qui est responsable ni qui vous indemniserà, mais tentera de trouver une solution amiable (art. R. 1142-15 C. santé publ.). Vous devez la saisir par lettre recommandée avec avis de réception précisant vos nom et adresse, celui du professionnel ou de l'établissement de santé que vous mettez en cause et l'objet du litige. La conciliation peut alors être confiée à un médiateur indépendant. De plus, la commis-

sion peut se dessaisir au profit du Conseil national de l'ordre des médecins (art. L. 1142-19 et s. C. santé publ.).

Rappelons que seuls sont indemnisés les dommages causés par une faute du professionnel ou de l'établissement de santé. Si vous êtes victime d'un aléa thérapeutique, vous n'obtiendrez pas d'indemnisation, sauf si vous avez souscrit un contrat d'assurance garantissant les risques de la vie quotidienne². La solidarité nationale n'indemnise que les préjudices les plus graves.

Dans ces deux hypothèses, vous pouvez aussi demander directement réparation de votre dommage au professionnel ou à l'établissement de santé. Il faut leur adresser une réclamation, c'est-à-dire demander par écrit réparation de votre préjudice. Attention, une simple demande d'explications ou de renseignements ne sera pas suffisante pour que votre médecin contacte son assurance. Joignez à cette lettre la copie des documents permettant d'établir la faute, l'étendue de vos dommages et le lien de causalité entre ces dommages et la faute.

Le professionnel ou l'établissement doivent alors transmettre cette lettre à leur assureur pour que celui-ci prenne en charge votre indemnisation.

La CRCI apprécie, au vu des documents que vous lui avez fournis, si le seuil est atteint ou non. Elle peut demander à un expert d'examiner ces pièces.

Si elle estime que ce seuil n'est pas atteint, elle vous en informe par lettre recommandée.

COMMENT SAISIR LA COMMISSION ?

Seuls peuvent être soumis à la CRCI les accidents médicaux consécutifs à un acte de soin, de diagnostic ou de prévention réalisé **après le 5 septembre 2001** (article 101 de la loi du 4 mars 2002) ; et cela même s'ils font l'objet d'une

instance en cause, dès lors qu'aucune décision définitive n'a été adoptée.

Seule la victime ou les ayants droits de la victime décédée peuvent saisir la commission.

Un formulaire est mis à votre disposition : il peut être téléchargé, ainsi qu'une brochure informative, sur le site web des CRCI (cf. encadré en page précédente).

Il existe trois formulaires différents selon que vous agissez en votre nom, au titre de représentant légal de la victime ou en tant qu'ayant droit de la victime décédée.

Il vous est demandé de préciser des renseignements relatifs à votre état civil et à votre situation professionnelle, d'indiquer votre qualité d'assuré, l'organisme de Sécurité sociale auquel vous êtes affilié et l'assureur complémentaire santé dont vous dépendez éventuellement.

Il vous faut présenter les éléments de votre demande, c'est-à-dire les coordonnées du professionnel ou de l'établissement de santé que vous mettez en cause, la date des faits et la nature des dommages.

Enfin, vous devez indiquer les démarches déjà engagées (éventuelle action en justice) et les prestations que vous avez déjà reçues ou que vous devez recevoir en réparation des dommages subis (comme les versements de la Sécurité sociale, de votre assurance complémentaire santé, de votre assurance contre les accidents corporels...). À défaut de cette dernière précision, ces "tiers payeurs" peuvent tenter un recours contre vous dans un délai de deux ans. Ils pourront récupérer ce qu'ils vous ont versé, à concurrence de l'indemnité qui vous a été attribuée au titre de la réparation de l'intégrité physique – c'est-à-dire uniquement la part de l'indemnité consacrée à compenser les frais médicaux, l'incapacité permanente partielle et l'incapacité temporaire totale ou partielle.

Ce formulaire doit être accompagné d'un ensemble de pièces justificatives :

- tout document permettant d'établir le lien entre votre dommage et l'acte médical (pièces médicales, témoignages, certificat d'hospitalisation...);
- un certificat médical décrivant la nature et la gravité des dommages;
- un document attestant de votre qualité d'assuré social (copie de l'attestation de votre carte Vitale);
- tout document de nature à apprécier la gravité du préjudice et à montrer que le seuil de gravité est atteint : certificat d'arrêt de travail, justificatifs des frais dépensés et non remboursés (comme les frais médicaux, les frais d'aménagement d'un véhicule ou d'un logement...), certificat médical attestant de l'impossibilité de reprendre votre ancienne activité rémunérée ou une activité de loisir, etc.;
- les justificatifs des sommes reçues ou à recevoir au titre de l'indemnisation du préjudice par un organisme autre que la Sécurité sociale.

L'ensemble doit être envoyé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou remis au secrétariat de la CRCI contre récépissé (art. L. 1142-13 C. santé publ.).

Un autre formulaire est mis à votre disposition pour informer le professionnel ou l'établissement que vous estimez responsable de votre préjudice, afin qu'il puisse en informer son assureur (formulaire d'information du professionnel de santé ou de l'organisme de santé mis en cause).

Le seuil de gravité

(art. D. 1142-1 C. santé publ.)

Le seuil de gravité est atteint lorsque le taux d'incapacité partielle permanente (IPP) de la victime est supérieur à 24 %. Ce taux correspond à la quantification médicale de la réduction définitive de la capacité physique ou intellectuelle, en fonction d'un barème fixé par décret (décret n° 2003-314 du 4 avril 2003, annexe 11-2 du Code de la santé publique). Ce seuil correspond à peu près à la perte de vision d'un œil (25 %) ou à la perte de la voix (25 %). La perte des orteils, par exemple, est insuffisante (8 à 12 % d'IPP). De même, l'altération légère de la mémoire (difficultés d'apprentissage, nécessité de recourir à des aide-mémoire...) correspond à une IPP de 10 à 15 %.

Par ailleurs, le seuil est atteint lorsqu'il est justifié d'une **incapacité temporaire de travail supérieure ou égale à six mois** (six mois consécutifs, ou non consécutifs sur une période de douze mois).

À titre exceptionnel, le seuil peut être atteint lorsque la victime est déclarée **inapte à exercer l'activité professionnelle exercée avant l'accident** ou lorsque l'accident a entraîné **des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence** (sur le plan économique notamment).

² L'indemnisation ne vous sera due que si votre contrat couvre les IPP inférieures à 24 %.

PEUT-ON EXERCER UNE ACTION EN JUSTICE MALGRÉ LA SAISINE DE LA COMMISSION ?

Vous pouvez agir en justice que vous ayez ou non saisi la commission, et cela dans le délai de dix ans à compter de la consolidation de vos dommages – c'est-à-dire à partir du moment où votre état de santé n'évolue plus, ainsi que constaté par expertise médicale (article L. 1142-28 C. santé publ.).

Si l'action a été intentée avant la saisine de la CRCI, alors vous devez en avertir cette dernière ; si vous intentez l'action après avoir saisi la commission, alors vous devez prévenir le juge de cette saisine.

Il est à noter que la saisine de la commission suspend la prescription de dix ans.

Contre qui diriger sa réclamation, le professionnel ou l'établissement de santé ?

Plusieurs situations peuvent se présenter.

- Le médecin qui vous a soigné **exerce à titre libéral** au sein d'un cabinet : il répond alors de ses fautes et de celles de ses préposés (assistant, par exemple).
- Vous avez été soigné **au sein d'une clinique** : celle-ci répond de ses propres fautes (fautes d'organisation) et de celles de ses préposés – médecins salariés, infirmiers, etc. Sachez que le médecin salarié reste par ailleurs responsable personnellement de sa faute.
- Dans les cliniques, certains médecins exercent **à titre libéral** : un contrat est passé entre le professionnel et l'établissement, prévoyant une contrepartie financière de l'activité libérale. Ce médecin est totalement indépendant, et la clinique ne répond pas a priori de ses fautes.

Si vous voulez porter devant les tribunaux un litige né de l'une de ces situations, c'est vers les juridictions judiciaires (tribunal de grande instance) que vous devrez vous tourner.

- Si vous avez été soigné **dans un hôpital**, cet établissement répond de toutes les "fautes de service" qui sont survenues : il s'agit des fautes d'organisation qui peuvent conduire à ce qu'une personne sous-qualifiée vous soigne ou à une intervention chirurgicale tardive ; mais aussi des fautes techniques commises par le médecin hospitalier ou les autres personnes employées par l'hôpital. **C'est vers les juridictions administratives qu'il faudra alors vous diriger (tribunal administratif).** Vous ne pourrez pas agir contre le médecin, sauf s'il a commis une "faute personnelle détachable du service". On estime que c'est le cas lorsqu'il a manqué de manière flagrante aux règles de déontologie ou qu'il a commis une faute professionnelle grossière (par exemple en refusant de se déplacer alors qu'il est de garde).
- Le médecin hospitalier peut exercer une activité **à titre libéral** au sein de l'hôpital : il répondra alors personnellement des fautes commises au cours de cette activité.

QUELS SONT LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS ?

Les frais engendrés

L'indemnité que vous obtiendrez comprendra le **remboursement des frais médicaux, hospitaliers ou pharmaceutiques** ainsi que des frais mis en œuvre pour l'adaptation de votre logement ou de votre véhicule dès lors qu'elle est nécessitée par votre état de santé.

L'accident médical peut générer des frais nouveaux que votre état de santé vous contraindra à mettre en œuvre pour l'avenir (changement de prothèses, médicaments après la consolidation...). Ces frais futurs qui doivent vous être indemnisés sont très difficiles à évaluer.

L'incapacité temporaire partielle ou totale (ITP ou ITT)

Lorsque, suite à l'accident, vous êtes pendant une période temporaire mis dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunérée (arrêt de travail), une partie de l'indemnité sera destinée à compenser la perte de revenu correspondante. Si vous n'avez pas d'activité rémunérée (personne au foyer, étudiant...), l'incapacité sera calculée en fonction de la période pendant laquelle vous ne pouvez exercer vos activités habituelles ; l'indemnité sera généralement forfaitaire.

L'incapacité permanente partielle (IPP)

C'est le préjudice le plus important : suite à cet accident médical, vous conservez un handicap. Une partie de votre indemnité compensera la réduction définitive de vos capacités physiques et/ou intellectuelles et son impact sur votre vie professionnelle.

Les autres préjudices

Par ailleurs, **une partie de votre indemnité correspondra aux souffrances endurées** (*pretium doloris*) à la suite de l'accident. Pour estimer cette souffrance, l'expert se basera sur la nature des blessures, la pénibilité des séances de rééducation, etc.

Si vous souffrez d'une disgrâce physique durable (cicatrice, claudication...), on pourra vous allouer une somme pour réparer ce **préjudice esthétique**. La somme sera fonction de l'âge de la victime, de son sexe, etc.

Le **préjudice d'agrément** (la privation des agréments normaux de l'existence, et notamment l'impossibilité de pratiquer une activité de loisir, culturelle ou sportive à laquelle vous vous livriez régulièrement) sera lui aussi indemnisé.

L'expert médical ne quantifiera pas ce préjudice : c'est à vous d'apporter la preuve que vous ne pouvez plus exercer un sport ou pratiquer une activité artistique, par exemple.

Le préjudice sexuel est le préjudice moral lié à une atteinte aux capacités sexuelles.

Les **conséquences de l'accident sur votre carrière professionnelle** peuvent être indemnisées. Cependant, il faut que votre préjudice soit certain ; ainsi l'indemnité sera plus fa-

cilement accordée à une victime dont le parcours professionnel semblait "tout tracé".

Lorsque la victime est décédée, les victimes par ricochet (conjoint, enfants, concubins...) peuvent obtenir réparation de leurs préjudices. Il s'agit de la réparation du **préjudice économique** constitué par la perte des revenus professionnels du défunt, et de la réparation du **préjudice moral** (compensation de la perte affective du défunt).

L'ÉVALUATION DES PRÉJUDICES

Si la CRCI est compétente pour donner un avis sur l'indemnisation, elle diligentera une expertise pour apprécier l'étendue des dommages. Elle désignera un collège d'experts ou un expert inscrits sur la liste nationale d'experts en accidents médicaux. Ils doivent présenter toutes les garanties d'indépendance vis-à-vis des parties concernées.

Dans le cadre de cette mission, l'expert peut demander tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical. La commission tiendra compte du refus par une des parties de produire des pièces demandées par les experts. Les parties doivent être convoquées à l'expertise. Il

vous est possible de vous faire assister par une tierce personne, de demander à l'expert de joindre à son rapport des documents, et de lui faire des observations qu'il doit prendre en considération. **Les frais d'expertise sont pris en charge par la CRCI** (art. L. 1142-9 et s.).

Dans l'hypothèse où la commission n'est pas compétente pour se prononcer sur l'indemnisation, il vous incombe d'établir l'étendue de votre préjudice et de le chiffrer. Les frais d'expertise seront à votre charge, et éventuellement remboursés si la responsabilité de la partie adverse est reconnue.

L'AVIS DE LA COMMISSION

L'avis doit être rendu dans les six mois à compter de la saisine de la CRCI (art. L. 1142-8 C. santé publ.).

Il détaille les circonstances, les causes et l'étendue des dommages et précise qui est responsable (ou l'absence de responsable) et qui doit vous indemniser.

Pour rendre cet avis, la commission s'appuie sur les documents que vous lui avez fournis. Par ailleurs, elle peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical. Chaque partie est informée des documents dont la communication a été demandée, et une copie leur en est

fournie. La commission doit diligenter une expertise, et peut demander l'autorisation de faire procéder à une autopsie.

Le rapport d'expertise doit être transmis à chaque partie avant la réunion au cours de laquelle la commission va rendre son avis. Vous pouvez être entendu par la commission à sa demande ou sur votre demande.

L'avis est transmis, par lettre recommandée, à chaque partie. Il peut être contesté à l'occasion d'une action en indemnisation intentée devant les tribunaux.

QUI VOUS INDEMNISE ?

Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou établissement de santé est retenue, l'assureur de celui-ci vous indemniser.

Lorsque le dommage est imputable à un aléa thérapeutique, alors l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) vous indemniser si le préjudice dépasse le seuil de gravité évoqué supra (cf. encadré p. III). Cette hypothèse recouvre les situations où vos dommages sont liés à un accident médical ou une affection iatrogène « *directement imputables* » à un acte médical, et que ni la responsabilité d'un professionnel ou établissement de santé, ni celle d'un producteur de produit ne sont retenues.

L'Oniam (art. L. 1142-22 C. santé publ.) est un établissement public placé sous la tutelle du ministre de la Santé.

Il est composé de représentants de l'État, d'un représentant des organismes d'assurance maladie, de représentants des professionnels et établissements de santé, de repré-

sentants des usagers, et de personnes qualifiées dans le domaine de l'indemnisation des préjudices corporels.

Son financement provient d'une dotation versée par les organismes d'assurance maladie, dont le montant est fixé tous les ans par la loi de financement de la Sécurité sociale.

Dans l'hypothèse où le responsable n'est pas assuré (ceci devrait être rare, la loi prévoyant en effet une obligation d'assurance³), l'Oniam vous indemniser, quelle que soit la gravité de vos dommages, que vous ayez saisi ou non la CRCI.

Lorsque la garantie d'assurance est insuffisante, l'assureur avertit la victime, son assuré et l'Oniam par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Ce dernier doit alors verser à la victime le complément de l'indemnisation.

³ Il existe une dérogation pour certains établissements (l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon, l'Assistance publique de Marseille) qui sont alors leurs propres assureurs.

LES MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

- Si la CRCI n'a pas été saisie ou qu'elle est intervenue à titre de conciliateur, la loi ne prévoit pas de procédure spéciale. L'indemnisation des préjudices est délicate, il s'agit du "cas par cas". En principe, c'est à vous d'évaluer l'étendue de votre préjudice et de chiffrer votre réclamation. Les assureurs accepteront votre proposition ou vous feront une contre-offre, cela en s'inspirant des décisions rendues par les juridictions du lieu de l'accident. Il n'existe en effet pas de barème officiel. Sachez cependant que vous avez le droit à une réparation intégrale de votre préjudice.

Le montant de l'indemnisation qui vous est due sera donc, selon les cas, fixé par une transaction entre l'assureur du responsable et vous-même, par un accord obtenu par la commission réunie en formation de conciliation, ou enfin par une décision de justice. L'accord ou la décision sera exécuté par l'assureur.

- Dans l'hypothèse où la commission a émis un avis après s'être réunie en formation de règlement amiable, la procédure de l'indemnisation est fixée par la loi.

L'offre

Que l'indemnisation incombe à l'assureur ou à l'Oniam, l'offre de réparation intégrale du préjudice doit vous être adressée dans les quatre mois de la réception de l'avis de la CRCI.

Lorsque la consolidation (c'est-à-dire le moment où l'état de la victime n'évolue plus) n'est pas intervenue, une offre provisoire doit être faite dans ce même délai. L'offre définitive devra intervenir dans les deux mois suivant la consolidation.

Cette offre doit être détaillée : elle doit préciser l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice et le montant global de l'indemnité devant vous revenir. Sont déduites toutes les prestations déjà reçues au titre de ce préjudice (prestations versées par la Sécurité sociale, par la complémentaire santé, etc.).

Un barème financier devrait être mis en place prochainement pour faciliter et accélérer les indemnisations.

Lorsque vous n'avez pas reçu d'offre dans le délai des quatre mois – soit que l'assureur de la personne considérée comme responsable par la CRCI garde le silence, soit qu'il refuse de vous indemniser – vous pouvez saisir l'Oniam par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception, en lui demandant une indemnisation. Celui-ci devra alors vous soumettre une offre dans les quatre mois suivant la réception de cette demande.

Le paiement

Si vous acceptez l'offre, le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur ou l'Oniam de cette acceptation.

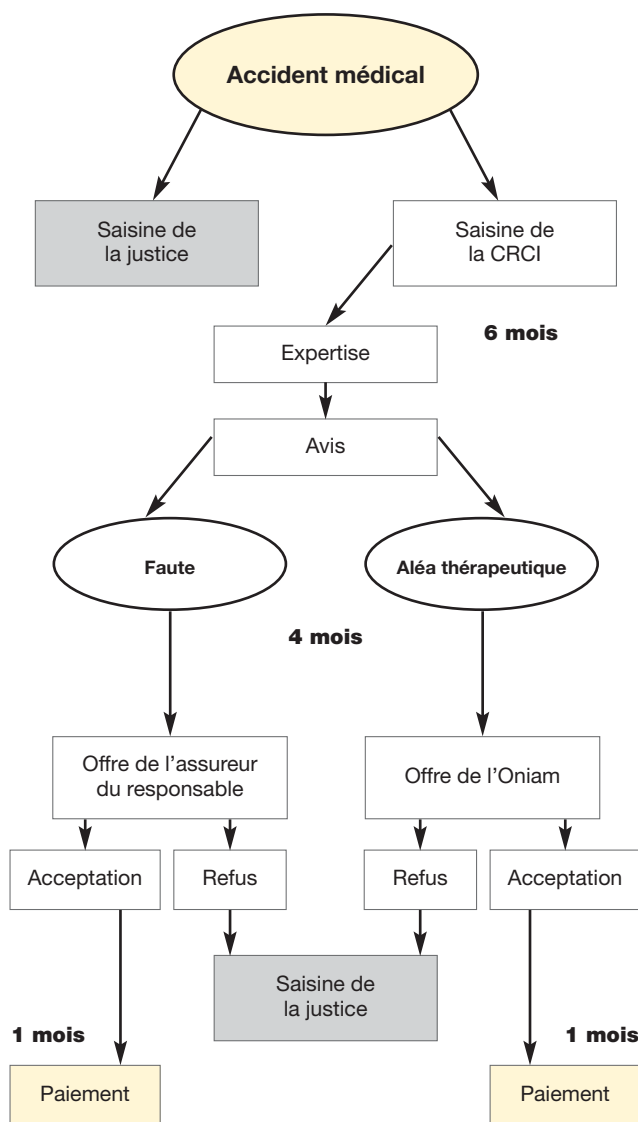
Si l'assureur ne respecte pas les délais, il vous devra des intérêts (au double du taux légal) sur les sommes non versées, jusqu'au jour du paiement.

Si vous estimez que l'offre de l'assureur est insuffisante, vous pouvez introduire une action en justice. Si l'offre pro-

posée était manifestement insuffisante, l'assureur sera condamné à verser une somme à l'Oniam.

Aucune disposition ne prévoit de sanction si l'offre de l'Oniam est manifestement insuffisante ou si le paiement est tardif. Cependant, si aucune offre ne vous est présentée ou si l'offre qui vous est faite ne vous satisfait pas, vous pouvez introduire une action en indemnisation.

Dispositif d'indemnisation lorsque le préjudice est supérieur au seuil de gravité



VOTRE PRÉJUDICE S'AGGRAVE APRÈS L'INDEMNISATION

Lorsque vous acceptez l'offre de l'assureur ou celle de l'Oniam, vous concluez une transaction : le règlement de vos dommages corporels est définitif et ne peut plus être contesté. Les possibilités d'agir en justice pour obtenir réparation des mêmes dommages sont éteintes.

Cependant, si votre préjudice s'aggrave, vous pouvez obtenir l'indemnisation de cette aggravation. Pour cela, il vous faut agir dans les dix ans de l'aggravation. Vous pouvez alors saisir éventuellement la CRCI – elle sera compétente pour intervenir en formation de règlement amiable lorsque

votre préjudice était déjà supérieur au seuil de gravité précédemment évoqué, ou lorsque l'aggravation porte votre préjudice au-dessus de ce seuil –, saisir la justice ou prendre contact directement avec l'assureur du responsable.

Il est à noter que si votre préjudice est imputable à un aléa thérapeutique, que vous n'avez pu obtenir d'indemnisation et que l'aggravation porte votre préjudice au-delà du seuil de gravité, l'Oniam devra vous indemniser la totalité du préjudice.

INFECTIONS NOSOCOMIALES

Les infections nosocomiales sont les maladies contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé.

Dès lors que vous apportez la preuve que l'infection a été contractée au sein d'un établissement de santé et que les dommages dont vous demandez réparation sont liés à cette infection, la responsabilité de l'établissement de santé est engagée – sauf pour lui à ramener la preuve d'une cause étrangère, ce qui paraît extrêmement difficile (art. L. 1142-1 I C. santé publ.).

La responsabilité d'un professionnel de santé ne sera retenue que si une faute peut être retenue à son encontre, faute dont la preuve vous incombe. Il serait donc plus facile d'agir contre l'établissement de santé.

Une réclamation écrite devra être adressée au professionnel ou à l'établissement de santé, réclamation qu'il transmettra alors à son assureur.

L'indemnisation des dommages liés à l'infection nosocomiale est assurée par l'Oniam pour les préjudices supérieurs au seuil de gravité et par l'assureur du responsable dans les autres cas (art. L. 1142-1-1 1° C. Santé Publ.).

Dans une optique de prévention des infections nosocomiales, la loi prévoit pour l'Oniam un recours contre le professionnel ou l'établissement de santé à l'encontre duquel une faute est établie, notamment un manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

INTERVENTION MÉDICALE DANS DES CIRCONSTANCES D'URGENCE

Lorsque les dommages sont liés à une intervention pratiquée dans des circonstances exceptionnelles par un professionnel de santé ou dans un établissement de santé, dans un domaine qui n'est pas celui de leur activité habituelle, alors les dommages sont indemnisés par l'Oniam

quelle que soit leur gravité (art. L. 1142-1-1 2° C. santé publ.). Si le professionnel ou l'établissement ont commis une faute, l'Oniam dispose alors d'un recours pour obtenir remboursement des sommes versées.

LES DOMMAGES LIÉS AUX PRODUITS DE SANTÉ

Les produits de santé sont les médicaments, prothèses, implants, etc. Cependant, cette notion n'est pas définie par la loi du 4 mars 2002, et la question de savoir si les «*éléments et produits tirés du corps humain*» – tels que le sang, le sperme, les organes... – en relèvent reste posée.

LES PRODUITS DE SANTÉ DÉFECTUEUX

Votre préjudice corporel peut être lié au défaut d'un produit de santé. Dans ce cas, vous n'avez pas besoin d'apporter la preuve d'une faute pour obtenir réparation de votre préjudice. **Il vous suffira d'apporter la preuve du défaut de sécurité**, de votre dommage et du lien de causalité entre ce dernier et le défaut du produit (art. 1386-1 et s. C. civ.⁴).

Le défaut

Les produits défectueux sont les produits qui ne présentent pas «*la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre*». La loi ne définit pas cette notion ; elle précise cependant qu'il doit être tenu compte «*de la présentation du produit et de l'usage qui peut en être raisonnablement attendu*». En l'absence de jurisprudence précise, on peut supposer qu'un produit devrait être défectueux lorsque les risques réels du produit sont plus graves ou plus importants que les risques qui étaient attendus. Il peut s'agir d'un défaut de conception, de fabrication ou d'information. En effet, la sécurité à laquelle le consommateur peut légitimement s'attendre sera analysée en fonction des in-

⁴ Tirés de la loi du 19 mai 1998 transposant la directive européenne du 25 juillet 1985 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux.

formations qui lui sont diffusées. Aussi la notice d'information revêt-elle un caractère particulièrement important, ainsi que les précautions d'emploi et les contre-indications y figurant.

Le producteur

Les articles 1386-1 et suivants du Code civil prévoient la responsabilité du « producteur » pour les dommages liés aux produits défectueux y compris pour les produits de santé. Est considéré comme producteur le fabricant du produit, les organismes prélevant un élément du corps humain pour le mettre à disposition d'utilisateurs (banques de sperme, centres de transfusion sanguine...) ou toute personne qui a apposé son nom ou sa marque sur le produit.

Pour connaître l'identité du producteur, adressez-vous au fournisseur (établissement de santé lorsque le produit vous est fourni au cours de l'hospitalisation ; professionnel de santé comme le chirurgien-dentiste qui vous a posé un implant, un pharmacien, un opticien, etc.). S'il ne vous indique pas l'identité du producteur, sa responsabilité pourra être engagée⁵.

Délais

Vous devez agir dans les dix ans de la mise en circulation du produit qui a causé le dommage et dans les trois ans du jour où vous avez eu connaissance du dommage, du défaut du produit et de l'identité du producteur.

Après les dix ans, il vous reste possible d'agir si vous apportez la preuve de la faute du producteur.

Les cas où la responsabilité du producteur ne sera pas retenue

Le risque de développement

Si l'état des connaissances scientifiques au moment de la mise en circulation ne permet pas de détecter le défaut, aucune responsabilité ne pourra être retenue sur le fondement des articles 1386-1 et suivants, sauf en ce qui concerne les éléments du corps humain et les produits issus de celui-ci.

À l'inverse, le seul fait que le produit ait été fabriqué selon les règles de l'art ou en respect des normes existantes, ou qu'il ait fait l'objet d'une autorisation administrative (par exemple l'autorisation de mise sur le marché pour un médicament) ne peut vous être opposé pour vous refuser une indemnisation.

Dommages liés aux caractéristiques personnelles du patient

Si les dommages sont liés au produit de santé mais tiennent à l'état personnel du patient, et non au caractère dangereux du produit, la responsabilité du fabricant ne devrait pas pouvoir être mise en cause. Il s'agit des problèmes de réceptivité du produit par le malade (particulièrement pour les organes et les médicaments).

Dans ces deux hypothèses, vous serez indemnisés par l'Oniam au titre de l'aléa thérapeutique, uniquement si votre préjudice est supérieur au seuil de gravité précité.

LES AUTRES DOMMAGES LIÉS AUX PRODUITS DE SANTÉ

L'erreur de prescription ou une autre faute du médecin

Il se peut que le dommage soit lié à une erreur de prescription – le médecin aura prescrit un médicament qui n'est pas adapté à l'état de santé du malade, il n'aura pas tenu compte d'une contre-indication... Le dommage peut aussi provenir d'une prothèse mal posée par le professionnel de santé.

Il sera alors retenu une faute à l'encontre du médecin et vous serez indemnisé par son assureur.

La campagne de vaccination obligatoire

Si votre dommage est lié à un vaccin qui vous a été injecté dans le cadre d'une campagne de vaccination obligatoire, l'Oniam vous indemnisera pour le compte de l'État (art. L. 3111-9 C. santé publ.).

La prise individuelle de médicament

Dans l'hypothèse où vous prenez des médicaments sans tenir compte des indications que vous ont données le médecin ou le pharmacien, ou encore de celles prévues sur la notice d'information, et que de ce fait vous subissez un préjudice, notamment à cause de l'incompatibilité entre deux produits médicamenteux, vous ne devriez pas obtenir d'indemnisation : on considère que vous êtes responsable de votre dommage.

Si la prise du médicament sans tenir compte des informations fournies s'ajoute à un défaut du produit ou à une faute commise par le médecin lors de la prescription, vous obtiendrez une réparation partielle de votre dommage, puisque vous avez seulement contribué à l'aggravation de votre préjudice.

Solène Costa

Remarque : La saisine de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation et la procédure d'indemnisation par l'Oniam ou l'assureur du responsable se font dans les mêmes conditions lorsque vos dommages sont liés à une infection nosocomiale, à une intervention dans des circonstances exceptionnelles, à un produit de santé ou à un accident médical.

⁵ Cela ressort de l'interprétation par la Cour de justice des communautés européennes de la liberté de transposition laissée aux États membres (CJCE, 25 avril 2002. Aff. C-52/00 Commission c/ République française. D. 2002, p. 1670).

Les responsabilités

	Professionnel de santé	Établissement de soins	Produit défectueux	Maladie nosocomiale
Régime de responsabilité	Art. L. 1142-1 C. santé publ. Responsabilité pour faute	Art. L. 1142-1 C. santé publ. Responsabilité pour faute (Si responsabilité du fait du préposé, voir encadré page iv)	Art. 1386-1 et s. C. civ. et directive 85/374 du 25 juillet 1985 Responsabilité du producteur	Art. L. 1142-1 C. santé publ. Responsabilité pour faute du professionnel de santé Responsabilité sans faute de l'établissement
Preuve	Faute Dommage Lien de causalité	Faute Dommage Lien de causalité	Défaut du produit Dommage Lien de causalité	Caractère nosocomial de l'infection Dommage Lien de causalité
Exonération	Faute de la victime	Faute de la victime	Faute de la victime Risque de développement (sauf produit du corps humain)	Cause étrangère
Prescription	Dix ans à compter de la consolidation du dommage (art. 1142-28 C. santé publ.)	Établissement public ou privé : dix ans à compter de la consolidation du dommage (art. 1142-28 C. santé publ.)	Dix ans après la mise en circulation du produit et trois ans à compter de la date à laquelle le demandeur a eu ou aurait dû avoir connaissance du dommage, du défaut et de l'identité du producteur (art. 1386-16 et 1386-17 C. civ.)	Dix ans à compter de la consolidation du dommage (art. 1142-28 C. santé publ.)

L'indemnisation

		IPP < seuil de gravité	IPP > seuil de gravité
Accident médical	Faute (erreur médicale)	Assureur	Assureur
	Aléa thérapeutique (pas de faute)	Pas d'indemnisation	Oniam
Infection nosocomiale		Assureur	Oniam
Intervention dans des circonstances exceptionnelles		Oniam	Oniam
Produits de santé	Faute (erreur de prescription)	Assureur	Assureur
	Défaut du produit	Assureur	Assureur
	Aléa (pas de responsable)	Pas d'indemnisation	Oniam