

Droits des malades

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Dans chaque région, une ou plusieurs commissions régionales ou interrégionales de conciliation et d'indemnisation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que de tout autre litige entre usagers et professionnels de santé, établissements et services de santé, organismes ou producteurs de produits de santé.

Ce dispositif présente l'avantage d'être une procédure gratuite ne nécessitant pas l'assistance d'un avocat bien que celle-ci puisse toujours s'avérer utile.

Cette commission a donc une double fonction : une fonction d'indemnisation et une fonction de conciliation.

La procédure amiable d'indemnisation n'est réservée qu'aux préjudices graves. Pour les accidents ne présentant pas le caractère de gravité exigé par la loi, la commission peut simplement jouer un rôle de conciliation.

La saisine de la commission n'est pas un préalable obligatoire avant toute procédure contentieuse. La victime peut choisir directement la voie judiciaire ou administrative. Outre son président qui est un magistrat, chaque commission est constituée de représentants des usagers, de professionnels de santé, de représentants d'établissements de santé publics et privés, des sociétés d'assurance, de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et de personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.

Mission de conciliation

Depuis la création des commissions, la fonction de conciliation reste méconnue. L'article L1114-4 du Code de la Santé publique dispose que « *la commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé* ».

Ainsi, la CRCI peut être saisie par :

- un usager s'estimant victime de la violation d'un de ses droits (respect de la dignité, de sa vie privée, du secret des informations, information sur son état de santé, accès au dossier médical, etc.)
- une association ou une personne estimant que les droits des usagers du système de santé n'ont pas été respectés (représentation par les seules associations agréées, droit à la formation, fonctionnement de la commission des relations avec les usagers de l'établissement, non-respect récurrent des droits individuels, etc.)

Cette mission de conciliation peut être déléguée par la commission « à l'un de ses membres » ou « à un ou plusieurs médiateurs extérieurs » (art. L1142-5 alinéa 4 du CSP) qui agissent « dans la limite des compétences dévolues », « disposent des mêmes prérogatives » que les membres de la commission et « sont soumis aux mêmes obligations ».



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
www.leciss.org

○ COMMENT CA MARCHE ?

Conditions d'accès au dispositif d'indemnisation

Les victimes **d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins** ont accès à cette procédure d'indemnisation sous deux conditions principales :

- la date de réalisation de l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit être **postérieure au 4 septembre 2001** ;
- le dommage doit être supérieur à un seuil de gravité.

Les critères de gravité prévus par les articles L1142-1 à L1142-3 et D1142-1 à D1142-3 du Code de Santé publique sont les suivants :

- soit un taux **d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique** supérieure (AIPP, ex-IPP) à 24 % ;
- soit une durée **d'arrêt temporaire des activités professionnelles** (ATAP, ex-ITT) supérieure à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période d'un an ;
- soit la personne est déclarée définitivement **inapte à exercer son activité professionnelle** (celle exercée avant l'accident) ;
- soit un **déficit fonctionnel temporaire** (DFT) au moins égal à 50 % sur une durée de 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période d'un an ;
- soit l'accident occasionne des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

Saisine de la CRCI

La commission peut être saisie par la victime, par son représentant légal ou par ses ayants droit en cas de décès.

La demande doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception ou déposée auprès du secrétariat contre récépissé à la **commission dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte** de prévention, de diagnostic ou de soins en cause.

Le formulaire de saisine est disponible sur le site Internet de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux : www.oniam.fr

La demande doit être accompagnée de certaines pièces justificatives (listées dans le formulaire), notamment un certificat médical attestant des dommages dont le demandeur s'estime victime ainsi que la copie de son dossier médical.

Pour plus d'informations sur le droit d'accès à son dossier médical, se reporter aux fiches CISS pratique n°11, n°11 bis, 11 quater et 11 quinquies. Des lettres-type sont également accessibles sur le site Internet du CISS au sein de la fiche pratique n°11 ter.

Lors de la saisine, la personne doit informer la CRCI des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Inver-

sement, si une action en justice est intentée, la personne doit informer le juge, de la saisine de la commission. Cette situation suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure.

La commission accuse réception du dossier et, le cas échéant, demande les pièces manquantes. Dès réception de la demande initiale, la commission informe, par lettre recommandée avec accusé de réception, le professionnel, l'établissement, le centre, l'organisme de santé ou le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé, de la mise en cause de sa responsabilité par le demandeur. La partie mise en cause indique sans délai à la commission le nom de l'assureur qui garantit sa responsabilité civile. Par ailleurs, la commission informe l'organisme de Sécurité sociale auprès duquel est affiliée la victime de l'ouverture d'un dossier d'indemnisation.

Procédure

La CRCI doit émettre un avis dans un délai de 6 mois à compter de sa saisine. En pratique, les délais d'instruction peuvent parfois atteindre 9 mois.

Afin d'apprécier si les dommages subis atteignent le seuil de gravité, une équipe de juristes, en partenariat avec des médecins conseils, procèdent à l'instruction du dossier. S'il est avéré qu'un des seuils de compétence peut être rempli, la commission soumet le dossier à **une expertise** afin de déterminer avec précision l'acte à l'origine du dommage et les différents chefs de préjudice. Bien que les textes prévoient l'intervention de deux experts, souvent, un seul expert mène l'examen médical. L'ensemble des parties doit être convoqué à l'expertise et être informé de l'identité et des spécialités du ou des experts. Si le ou les experts estiment que la compétence d'un autre expert est requise, ils peuvent s'adjoindre un autre professionnel de santé en qualité de sachant ou de sappeur.

Il est conseillé à la victime de se faire accompagner lors cette expertise, par un médecin conseil, un avocat, une association ou encore par un proche, afin de veiller à la juste évaluation de son état de santé et de ses préjudices par l'expert désigné.

Le rapport d'expertise est envoyé, en principe dans les trois mois, à la commission qui le transmet aux parties.

Puis, les parties concernées ainsi que les assureurs des parties mises en cause sont informés de la date à laquelle **la commission se réunit** en vue de rendre son avis.

Les parties sont entendues. Elles peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix. **L'avis de la commission** précise pour chaque chef de préjudices (préjudices économiques, préjudice lié à la douleur, préjudice d'agrément et

esthétique, préjudice moral ...), les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que son appréciation sur les responsabilités encourues.

Si la victime n'est pas consolidée, la commission évalue uniquement les préjudices évaluables à ce stade, en vue d'attribuer une provision à la victime s'il y a lieu. Une seconde expertise sera menée après la consolidation, établie par un certificat médical, dans le but unique d'évaluer les préjudices non encore évalués.

Par ailleurs, **en cas d'aggravation de l'état de la personne**, une nouvelle demande peut être déposée, un nouveau formulaire accompagné d'un certificat médical établissant l'aggravation de l'état de santé de la victime devant être fourni. Une nouvelle évaluation des dommages, et donc une nouvelle expertise peut être diligentée, afin qu'une nouvelle offre d'indemnisation puisse être proposée.

L'avis de la CRCI est adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au demandeur, à l'ONIAM ainsi qu'au professionnel, à l'établissement, au centre, à l'organisme de santé ou au producteur, à l'exploitant ou au distributeur de produits de santé dont la responsabilité a été engagée par le demandeur ainsi qu'à son assureur.

Indemnisation des préjudices de la victime après avis de la CRCI

Indemnisation par l'assureur du responsable

Si la responsabilité d'un professionnel de santé est retenue soit pour faute médicale soit sans faute (en cas d'infections nosocomiales avec un AIPP inférieur à 25% ou de produits défectueux), l'assurance obligatoire de ce professionnel doit jouer son rôle de garantie.

L'assureur adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis de la CRCI, une **offre d'indemnisation** visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.

Cette offre doit indiquer l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit. **L'offre peut avoir un caractère provisionnel si la consolidation de l'état de santé de la victime n'est pas intervenue.**

L'offre doit être faite dans un délai de deux mois. L'assureur qui fait une offre à la victime est tenu de rembourser à l'ONIAM les frais d'expertise que celui-ci a supportés.

L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction (au sens de l'article 2044 du Code civil) et le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime. Passé ce délai d'un mois, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux

légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif.

Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux

L'office national, en tant qu'établissement public, intervient soit comme substitut de l'assureur soit pour indemniser l'accident médical non fautif, au titre de la solidarité nationale.

Comme substitut de l'assureur en cas de responsabilité

Lorsqu'à l'issue du délai de quatre mois dont il dispose, l'assureur n'a pas fait d'offre d'indemnisation, la victime ou ses ayants droit adressent à l'ONIAM, par lettre recommandée avec accusé de réception, une demande aux fins d'obtenir une indemnisation de sa part.

L'ONIAM peut alors se substituer à l'assureur et a un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande faite par la victime ou ses ayants droit, pour verser l'indemnisation.

Lorsque la personne considérée par la commission comme responsable des dommages n'est pas assurée, le délai court à compter de la date de réception par l'Office de l'avis de la commission.

En revanche, l'ONIAM ne peut se substituer en cas d'offre d'indemnisation insuffisante de l'assureur.

Au titre de l'indemnisation de l'accident médical non fautif (ou aléa thérapeutique)

L'aléa thérapeutique est la conséquence anormale d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, sans faute du praticien. **Il faut préciser que ce type de préjudices est difficilement indemnisable devant les juridictions de droit commun.**

L'Office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. L'acceptation de l'offre de l'Office vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code civil.

Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'Office de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

Si l'Office qui a transigé avec la victime estime que la responsabilité d'un professionnel, établissement, service, organisme ou producteur de produits de santé est en cause, il dispose d'une action subrogatoire contre celui-ci.

La victime, ou ses ayants droit, dispose du droit d'action en justice contre l'office si aucune offre ne lui a été présentée ou si elle n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Ce recours s'exerce devant le tribunal administratif, l'ONIAM étant un établissement public à caractère administratif.

Le cas particulier des infections nosocomiales

Une infection est nosocomiale lorsqu'elle est acquise lors d'une prise en charge de soins et qu'elle apparaît dans un délai de 48h faisant suite à celle-ci. Pour les infections du site opératoire, on considère comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours ou s'il y a prothèse ou implant, dans l'année.

Un régime spécifique d'indemnisation a été mis en place pour les victimes d'infections nosocomiales :

- **En cas d'infections nosocomiales contractées dans un cabinet médical :**
 - o En l'absence de faute du professionnel de santé = indemnisation par la **solidarité nationale**;
 - o En cas de faute prouvée du professionnel de santé = indemnisation par **l'assureur**, quelle que soit la gravité.
- **En cas d'infections nosocomiales contractées au sein d'un établissement de santé :**
 - o pour les préjudices n'excédant pas 25% d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) : présomption de faute de l'établissement sauf s'il prouve son absence de responsabilité en apportant la preuve d'une cause étrangère = indemnisation par l'assureur de l'établissement;
 - o pour les préjudices supérieurs à 25% d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) = indemnisation par l'ONIAM, à charge pour lui de se retourner vers l'assureur de l'établissement de santé s'il rapporte la preuve d'une faute caractérisée de celui-ci.

POSITIONS DU CISS

Le CISS se satisfait du fonctionnement de ce dispositif de règlement amiable qui permet aux victimes de préjudices lourds d'être indemnisées rapidement et gratuitement.

La création d'un nouveau critère de recevabilité, le déficit fonctionnel temporaire qui permet, notamment, aux victimes sans activité professionnelle d'accéder aux CRCI, était une revendication de longue date du CISS.

Nous continuons à nous mobiliser sur d'autres sujets tels que :

- abaissement du seuil de gravité de l'AIPP de 24 à 15%;
- uniformisation de l'accès au dispositif entre les critères attachés à la victime d'un accident médical ou d'une affection iatrogène (AIPP supérieur à 24 %) et ceux attachés à la victime d'une infection nosocomiales (AIPP supérieur à 25 %);
- mise en place d'une véritable aide « juridictionnelle » dédiée à la procédure en CRCI pour permettre l'assistance des victimes;
- la possibilité pour l'ONIAM de se substituer à l'assureur dans le cas où celui-ci ferait à la victime une offre d'indemnisation manifestement insuffisante (comme il le fait d'ores et déjà en cas d'absence d'offre);
- l'application des principes généraux du droit par les CRCI;
- réévaluation à la hausse du référentiel d'indemnisation de l'ONIAM, particulièrement sur le volet de la prise en charge des aides humaines;
- meilleure effectivité de la conciliation en CRCI;
- favoriser la collegialité des expertises.

TEXTES DE REFERENCE

Articles L1142-1 et suivants, D1142-1 à D1142-3 et R1142-5 R1142-63 du Code de la Santé publique

S'INFORMER

Santé Info Droits 0 810 004 333 (N° Azur tarif selon l'opérateur téléphonique) ou 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale)



La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h

Mardi, jeudi : 14h-20h

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.leciss.org/sante-info-droits.

- **ONIAM**
www.oniam.fr
- **AVIAM**
www.aviamfrance.org
- **Le LIEN**
www.lelien-association.fr
- **La FNATH**
www.fnath.org

- Guide RU en CRCI

www.leciss.org/sites/default/files/081221_GuideduRU-en-CRCI-CISS.pdf

- **Guide de l'expertise médicale amiable - APF et Médiateur de la République**
- **Fiche CISS Pratique n° 11, Accès au dossier médical et aux informations de santé**
- **Fiche CISS Pratique n° 11 bis, Accès au dossier médical et aux informations de santé : les cas particuliers**
- **Fiche CISS Pratique n° 11 ter, Lettres types de demande de communication du dossier médical auprès d'un établissement de santé**
- **Fiche CISS Pratique n° 11 quater, La durée de conservation des dossiers médicaux**
- **Fiche CISS Pratique n° 11 quinquies, Quels recours face à un refus d'accès au dossier médical ?**
- **Fiche CISS Pratique n° 53, Victimes d'accident médical, d'infection nosocomiale ou d'affection iatrogène: quelles démarches ?**