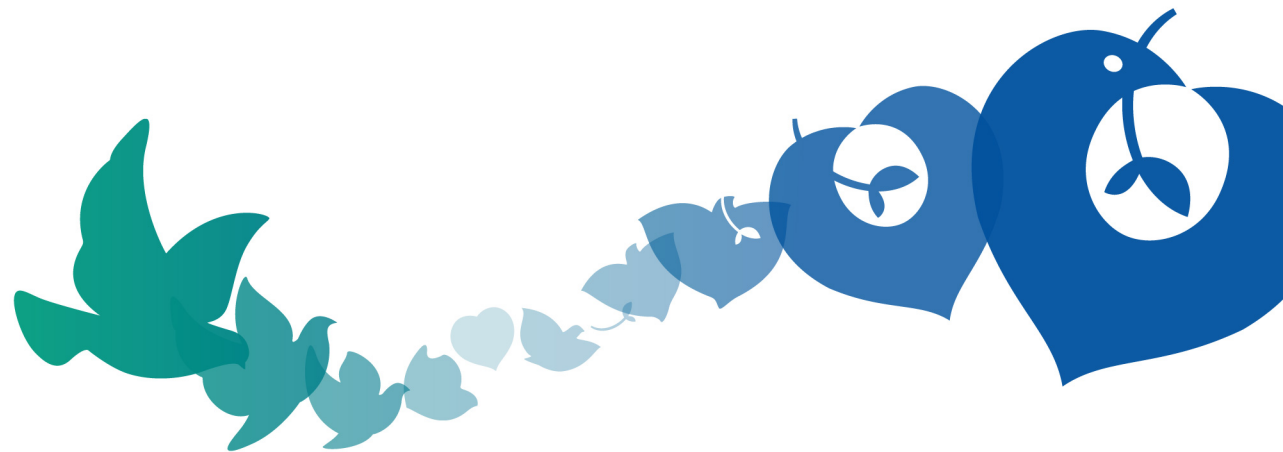




# LA GESTION JURIDIQUE DES EVENEMENTS IATROGENES GRAVES

## *POINT PARTICULIER SUR CIRCUIT AMIABLE DES CCI*



Marjorie OBADIA-DAJ AP-HP-10/10/2014  
FORMATION ETHIQUE SRLF

# Déclaration de liens d'intérêt

**Mon intervention ne présente aucun conflit d'intérêt**



# I/ INTRODUCTION

## 1/ Les avancées législatives dans le règlement des litiges en responsabilité médicale ou hospitalière

**La loi du 4 mars 2002 (droits des malades) a constitué un tournant et elle a constitué une culture à l'hôpital en posant 5 principes-cadres.**

**Ces principes appellent une meilleure compréhension de l'accident médical (analyse d'un dysfonctionnement dans une prise en charge, origines et conséquences).**

- **La promotion des voies amiables de règlement (en amont comme en aval d'un contentieux) et la création des CCI (interrégionales aujourd'hui).**
- **La distinction accident médical/accident médical non fautif/ infection nosocomiale (L 1142-1 CSP).**
- **L'intervention de l'assurance obligatoire (L1142-2 CSP) pour tout médecin ou établissement de santé.**
- **L'accès au dossier médical par le patient et les droits du patient.**
- **L'obligation d'information du patient après un accident médical (L 1142-4), normalement dans les 15 jours.**

## 2/ Terminologie sur l'accident médical

**Définition de « l'accident médical » : une définition juridique et large (L 1142-1 CSP). Il doit être lié à un acte de soins, de diagnostic ou de traitement ; s'il existe (ni état antérieur, ni évolution normale de la pathologie, ni échec thérapeutique, ni mécanisme pathologique inconnu), cet accident médical sera déclaré fautif ou non et s'il est non fautif, il sera qualifié d'« anormal » (indemnisable au titre de la solidarité nationale) ou non.**

**Définition plus large en milieu hospitalier : l'évènement indésirable lié ou associé aux soins est un évènement susceptible d'être dommageable pour le patient ; cet évènement indésirable ne correspondra pas forcément à la définition d'un accident médical indemnisable (qui suppose juridiquement le syllogisme : faute, préjudice, lien de causalité certain).**

**Cet évènement indésirable peut être « grave » : pas de définition réglementaire sauf circulaire DGOS ; caractère inattendu et subit (par rapport à l'état du patient), sa gravité est liée à ses conséquences pour le patient (mort, invalidité grave, séjour en Réa, hospitalisation prolongée...). En pratique, c'est l'évènement qui « choque » autant les familles et les patients que l'équipe médicale elle même.**

### 3/ Le triptyque commun a toute responsabilité

La responsabilité d'un individu ne peut être engagée que si trois éléments cumulatifs sont réunis :

- Une **faute**
- +
- Un **dommage**
- +
- Un **lien de causalité** certain entre la faute et le dommage  
(il peut être direct ou indirect mais il doit être certain)

## 4/ Obligation de moyens / Obligation de résultat

L'activité médicale est soumise

- Par principe, à une **obligation de moyens**

↳ Mettre en œuvre tous les moyens possibles en vue de diagnostiquer, traiter, soigner et non de guérir

- Par exception à une obligation de résultat

↳ Atteindre le résultat fixé (chirurgie esthétique)

## 5/ Les principes généraux de la responsabilité administrative

Dans le cadre de l'activité de service public hospitalier, l'administration agit comme une sorte d'écran et voit sa responsabilité se substituer à celle de ses agents (médecins hospitaliers, soignants, voire personnels techniques ou administratifs).

C'est donc elle qui sera mise en cause par le patient devant le juge administratif.

La loi du 4 mars 2002 a rappelé le principe de responsabilité pour **faute prouvée** (charge de la preuve pesant sur le demandeur).

L'exception existe : il s'agit de la responsabilité sans faute (infection nosocomiale, produits de santé défectueux).

Elle a modifié le délai de **prescription** en le faisant passer de 4 à **10 ans**.

## PRINCIPE

### Responsabilité administrative = responsabilité pour faute

Cette faute peut avoir deux sources :

- Soit une **faute médicale** (erreur ou retard de diagnostic, mauvaise indication opératoire, ou mauvaise exécution de l'intervention chirurgicale, ou encore erreur de traitement...).
- Soit une **faute dans le fonctionnement et l'organisation du service** (défaut de surveillance, défaut d'information, manque de coordination entre les services...).

Il existe un cas dans lequel la responsabilité personnelle de l'agent sera mise en jeu alors même que la faute aura été commise à l'occasion du service : la faute personnelle.

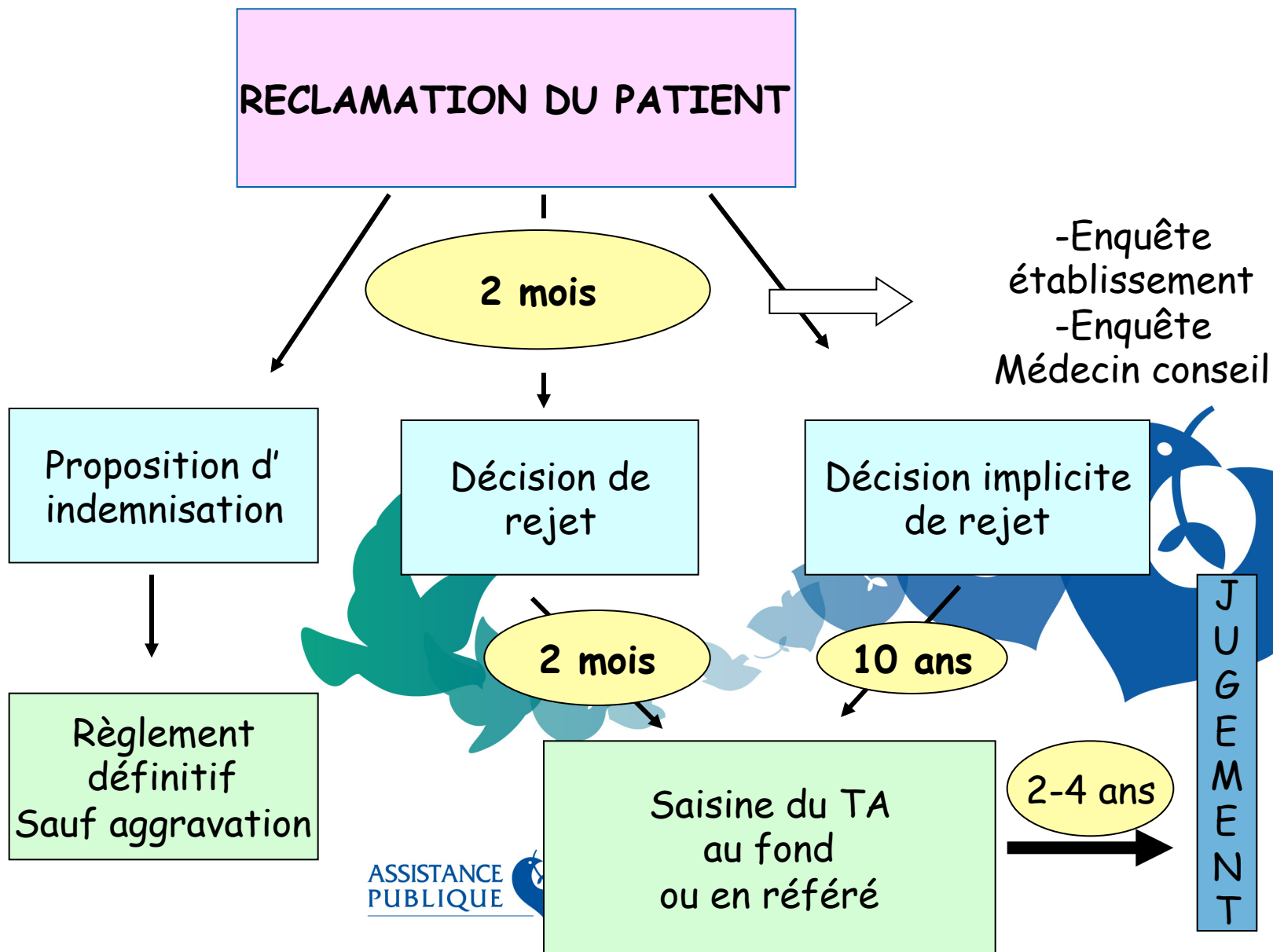
## II / LES VOIES DE RECOURS OFFERTES AUX PATIENTS

### 1/ La procédure amiable classique

Cette procédure concerne :

Les demandes indemnitaires relatives à un défaut de prise en charge médicale.

## La procédure amiable classique



## 2/ La voie amiable de la CCI

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

Origine : Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Objet : « faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux et aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales » article L.1142-5 CSP.

Deux voies : indemnisation et conciliation.

## a/ Distinction CCI / ONIAM

La CCI se prononce sur les litiges relatifs aux accidents médicaux – affections iatrogènes – infections nosocomiales.

L'ONIAM (office national d'indemnisation des accidents médicaux) intervient en qualité de fonds d'indemnisation des préjudices particulièrement importants survenus en dehors de toute faute (**aléa thérapeutique ou infection nosocomiale grave**).

Intérêt de cette voie : indemnisation

- **Des accidents médicaux non fautifs (cf. « aléas thérapeutiques »)** à condition que leurs conséquences atteignent un seuil de gravité (25% d'IPP) et que leur caractère soit « anormal » au regard de l'état antérieur du patient et des risques normalement prévisibles.
- **Des infections nosocomiales graves (25% d'IPP ou décès) sans se poser la question du caractère fautif ou non de cette IN → responsabilité sans faute.**

Le régime des infections nosocomiales est simplifié : c'est une indemnisation (sans faute) de l'établissement de santé si le seuil de gravité des préjudices est en dessous de 25% d'IPP et si le caractère nosocomial est démontré.

Et au dessus de 25% d'IPP, c'est l'ONIAM (qui peut cependant se retourner contre l'établissement de santé s'il démontre que l'IN avait en fait un caractère « fautif », par exemple de non respect des règles d'asepsie ou des procédures fixées par le CLIN ou les équipes d'EOH).

## b/ Composition de la CCI

- Magistrat (ordre judiciaire ou administratif) qui préside les réunions.
- 3 représentants des usagers proposés par les associations d'usagers des systèmes de santé.
- 1 professionnel de santé libéral désigné après avis des instances régionales des OS représentatives.
- 1 praticien hospitalier désigné de la même façon.
- 1 représentant des établissements publics de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives au niveau régional.
- 2 représentants des établissements privés de santé désignés de la même façon.
- 1 représentant de l'ONIAM.
- 1 représentant des assureurs en responsabilité civile médicale.
- 2 personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels (avocats, professeurs de droit, etc).

## C/ La saisine de la CCI

Toute personne qui s'estime victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins survenu à compter du **5 septembre 2001** peut saisir la CCI d'une demande d'indemnisation.

Saisine gratuite , formulaire simple en ligne, avocat non obligatoire, accompagnement par personne de son choix, frais d'expertise supportés par l'ONIAM, caisse de sécurité sociale informée (il faut être un assuré social et si la CPAM n'est pas juridiquement dans la cause, elle est informée de la procédure et des avis rendus) .

Seule exigence : demander auparavant copie de son dossier médical pour apporter soi même les pièces utiles à la CCI (c'est le demandeur qui apporte son dossier et enclenche le principe du contradictoire)

## d/ Recevabilité de la demande

1ère condition : la gravité du dommage (apprécié par des experts)

- IPP > ou = à 24%  
ou
- ITT de six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de 12 mois  
ou
- Arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un DFT supérieur ou égal à un taux de 50%
  - Inaptitude professionnelle  
ou
- Troubles dans les conditions d'existence particulièrement graves (appréciation au cas par cas de ce critère par la commission)

## e/ Critère de gravité non atteint → incompétence de la CCI

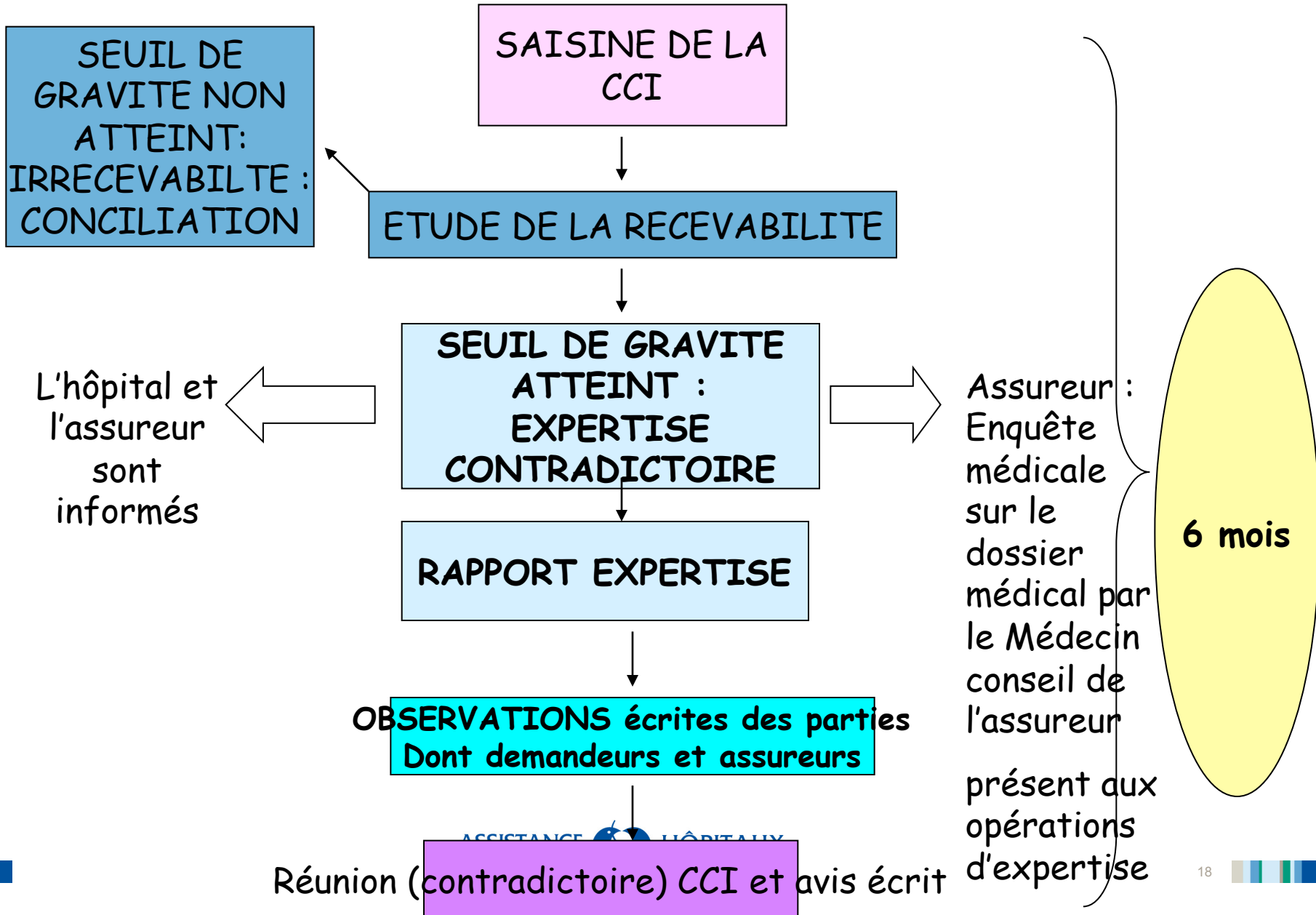
- Le demandeur pourra tout à fait initier une autre procédure : demande « amiable indemnitaire auprès de l'assureur ou requête devant le TA (ou TGI pour établissements privés) pour un « référé expertise » associé parfois à un « référé provision ».
- Possibilité de saisir la CCI dans le cadre de la conciliation (l'établissement de santé ou le professionnel de santé est libre d'accepter ou pas cette voie de la conciliation) . En pratique , cela fonctionne peu.
- Depuis un décret de janvier 2014 , le président de la CCI peut tout seul prendre un avis d'incompétence « manifeste » sans réunir la CCI.

## F/ Critère de gravité atteint → expertise lancée

Nomination d'un expert chargé d'analyser la nature du dommage et son mécanisme, d'expliquer si ce dommage résulte d'un accident médical (ou plusieurs), de dire si cet accident médical est fautif ou non fautif ou résulte d'une infection nosocomiale, de décrire les préjudices résultant de l'accident médical (ou l'IN) d'un point de vue médico légal, (avec postes de préjudices).

L'expert est choisi sur la liste nationale des experts médicaux CNAMEM dans des conditions d'indépendance et d'impartialité vis à vis des parties et il mène ses opérations d'expertise de façon contradictoire (ou expert non inscrit mais désigné).

# La saisine de la CCI et la procédure CCI



## E/ Mécanisme d'examen des dossiers en CCI (avis) après expertise

**S'agit il d'un accident médical ? C'est-à-dire d'un évènement indésirable et anormal au regard de l'état de santé du patient qui est en relation causale avec le dommage**

**Ce ne sera pas le cas (rejet de la demande) si :**

- **Le mécanisme causal de l'évènement est inconnu ou incompréhensible –parfois le cas en cas de décès et d'absence d'autopsie).**
- **Le dommage est l'évolution normale (et attendue) de la pathologie: on parle de dommage entièrement du à l'état antérieur.**
- **s'il s'agit d'un échec thérapeutique: le dommage résulte simplement de l'échec d'actes de soins conduits de façon conforme.**
- **Parfois il y a un évènement indésirable (fautif ou de type alea) mais il n'est pas en relation causale avec le dommage ou alors l'accident médical non fautif n'est pas indemnisable par l'ONIAM (pas anormal au regard des risques prévisibles et de l'état antérieur).**

## F/ Point particulier sur les infections nosocomiales (18% des dossiers à l'AP-HP)

Principe : une responsabilité sans faute.

- Le seul moyen de s'en dégager : apporter la preuve de la cause étrangère (L 1142-1 CSP).
- Si IN a entraîné le décès ou une incapacité de plus de 25%, ONIAM répare mais peut se retourner contre l'établissement de santé.
- Evolution de la jurisprudence de plus en plus restrictive sur la cause étrangère.

Avant, origine endogène exonératoire.

CE 10/10/11 : IN présumée exogène sauf preuve contraire apportée par l'établissement (cas d'une méningite à streptocoque dont la malade était porteuse saine mais qui a pénétré dans les méninges à l'occasion d'une opération chirurgicale , exérèse de neurinome de l'acoustique gauche).

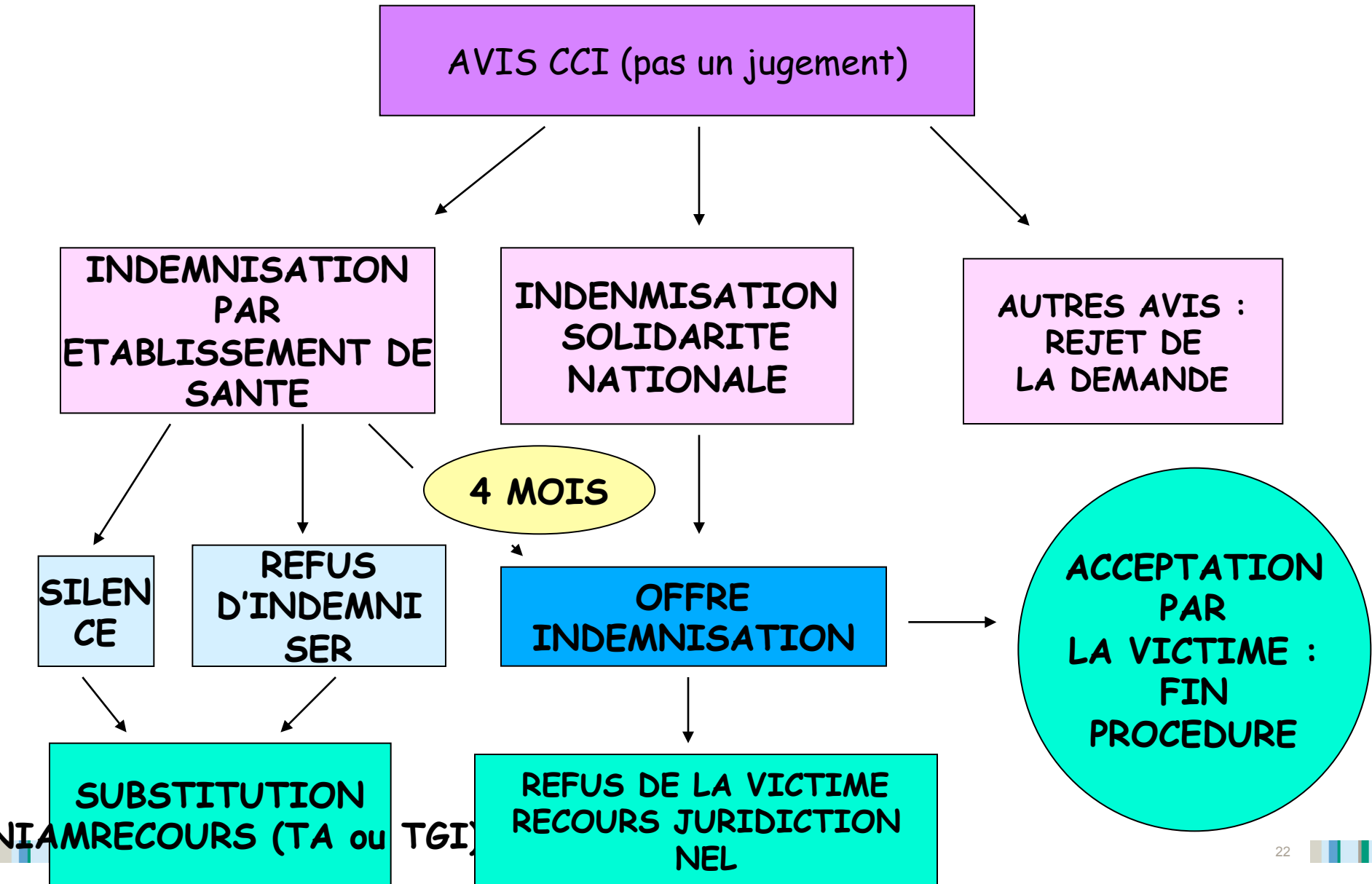
CE 13/02/12 : si l'IN est la conséquence de soins, elle n'est pas un événement extérieur à l'activité hospitalière et cela même si elle résulte d'une nécrose post opératoire avec germes endogènes (pas de prédisposition pathologique à faire valeur, cas d'un hallus valgus).

CE 17/02/12 : en cas de réanimation respiratoire accompagnée de complications infectieuses et décès, ce n'est pas une cause extérieure à l'activité hospitalière.

Conclusion : la cause étrangère est exceptionnelle, inévitable et irrésistible.

## G/ Suites des avis de la CCI d'un point de vue juridique et procédural

# Avis CCI





# CONCLUSIONS

1° / Quelques chiffres

2° / Quelques recommandations

## 1° / Quelques chiffres sur les dossiers DAJ AP-HP (assureur) en responsabilité médicale – Année 2013

876 dossiers « en cours » en responsabilité médicale.

Nouveaux dossiers indemnitaires de l'année 2013 : 543 (dont un tiers de demandes déposées auprès de la CCI).

Spécialités les plus concernées : orthopédie (23%), urgences (9,5%), chirurgie digestive (6,5%), gyneco obstétrique (5%), neurologie (5%), ensuite chirurgie vasculaire, puis réanimation (place n°7), puis anesthésie.

Personnels concernés (nb de dossiers) : médical titulaire (438), paramédical titulaire (36), personnel médical en formation (19), personnel paramédical en formation (2).

## FOCUS CCI

### Avis CCI 2013 rendus dans l'année 2013

- **170 avis rendus dans l'année (peu importe la date de dépôt de la demande).**
- **Incompétence « seuils » ou gravité du préjudice : 16**
- **Rejet : 63**
- **ONIAM (accident médical non fautif) : 24**
- **AP-HP responsable accident médical : 49**
  - ✓ 100% AP-HP : 45
  - ✓ Partage AP-HP avec autre établissement ou avec ONIAM : 5
- **AP-HP responsable pour infection nosocomiale : 12**
- **Avis Infection nosocomiale à la charge de l'ONIAM (décès ou 25% AIPP) : 4**
- **Contre expertise : 4**

## 2° / Quelques recommandations :

- La transparence comme principe d'action (annoncer au patient, expliquer, analyser l'EI et dire qu'on analyse).
- Respecter le patient dans ses droits : droit aux pièces médicales en copie, droit d'avoir des explications, droit d'être informé des suites de l'analyse ou de la RMM (mesures correctives).
- Respecter le patient dans ses droits juridiques ou procéduraux mais laisser le temps au temps et de ne pas confondre les rôles (médecin/direction hôpital/assureur).
- ✓ La première attente est l'explication, l'empathie, les excuses le cas échéant, la transparence.
- ✓ Le patient attend de voir l'hôpital s'organiser pour analyser l'événement, en tirer des conséquences et corriger (amélioration de la sécurité des soins).

- ✓ **Ne rien cacher au patient (pièces médicales complètes, remise du DM en copie accompagnée d'explications, place du médiateur médical si besoin).**
- ✓ **Si la demande du patient est indemnitare (réparer mes préjudices), dire les voies de droit possibles.**
- ✓ **Indication de la voie de la CCI opportune si : « suspicion » à l'égard de l'hôpital (l'expertise est externalisée, expert indépendant) ou si infection nosocomiale ou si probable aléa thérapeutique indemnisable (au moins en partie, voire partage accident médical non fautif/accident médical fautif).**
- ✓ **Ne pas oublier que le patient a le choix des voies de recours (compétence du service des relations avec les usagers, ou de représentants des usagers et associations, ou de la direction de l'hôpital pour le rencontrer ou suivre le dossier avec lui).**
- ✓ **Laisser le patient cheminer (avec l'hôpital puis l'assureur) dans ses demandes et savoir, au cas par cas, donner du temps au temps (communication au long court, dans la transparence).**