



# Le dispositif d'indemnisation des accidents médicaux : bilan et perspectives ?

## Bibliographie avec résumés

Bibliographie réalisée par Nathalie Bel - Orsmip

Septembre 2017

---

**Loi** n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

**Décret** n°2004-1405 du 23 décembre 2004 relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du code de la santé publique et modifiant ce code (partie Réglementaire)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000628805&dateTexte=20130805>

**Loi** n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>

### **ONIAM Office national d'indemnisation des accidents médicaux**

Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, l'ONIAM, établissement public, a pour mission d'organiser le dispositif d'indemnisation amiable, rapide et gratuit des victimes d'accidents médicaux fautifs (en cas de défaillance de l'assurance) et non fautifs, sans passer par une procédure en justice.

Il s'agit des dommages occasionnés par : Un accident médical ou des dommages imputables à une activité de recherche biomédicale ; Une affection iatrogène (ou effet secondaire lié à un traitement médical) ; Une infection nosocomiale (ou infection contractée dans un établissement de santé).

Pour organiser le dispositif d'indemnisation l'ONIAM s'appuie sur des avis émis par les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI). Après sa création par la loi du 4 mars 2002, la mission d'indemnisation de l'ONIAM a été progressivement élargie aux victimes : d'infections nosocomiales graves (loi n°2002-1577 du 30/12/2002 relative à la responsabilité civile médicale) ; d'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence, de vaccinations obligatoires ; de dommages transfusionnels résultant de contamination par le virus de l'immunodéficience (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC), le virus de l'hépatite B (VHB), le virus T-Lymphotrope humain (HTLV) causées par une transfusion de produits sanguins ou par une injection de médicaments dérivés du sang (loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, modifiée par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013) ; du benfluorex – matière active du Médiateur® - (loi n°2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011). Ces victimes sont indemnisées soit par le laboratoire en cause ou son assureur, soit par l'ONIAM, lorsque ce laboratoire ou cet assureur refuse de présenter une offre d'indemnisation ou propose à la victime une offre manifestement insuffisante. L'ONIAM peut se retourner ensuite contre le laboratoire ou l'assureur concernés.

<http://www.oniam.fr/>

**Communiqué de presse du 25 avril 2016 : l'ONIAM conclut un second contrat d'objectifs et de performance avec l'Etat.**

<http://www.oniam.fr/medias/uploads/Communique%20de%20presse/cp%20cop%202016-2018.pdf>

**Communiqué de presse du 24 novembre 2015 - Revalorisation du référentiel d'indemnisation.**

<http://www.oniam.fr/medias/uploads/Communique%20de%20presse/cp%20referentiel24112015.pdf>

**Rapport d'activité 2015 de l'Observatoire des risques médicaux.**

<http://www.oniam.fr/medias/uploads/ORM/Rapport ORM 2015 2009-2014.pdf>

### **CNAMed (Commission Nationale des Accidents Médicaux)**

Compétence décisionnelle : l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux :

La Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) instruit les demandes d'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux. Elle prend les décisions d'inscription sur cette liste. La Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) est également chargée de former les experts qu'elle a inscrits sur la liste nationale, dans le domaine de la responsabilité médicale.

Autres missions :

Chaque année, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) évalue les conditions de réalisation des expertises diligentées par les Commissions régionales et de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) à partir du rapport que chacune d'entre elles lui a fait parvenir. Elle reçoit également toutes informations relatives au fonctionnement et à l'activité de ces Commissions régionales et de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI). A partir des informations ainsi recueillies auprès des Commissions régionales et de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) (notamment son rapport semestriel), la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) établit chaque année un rapport d'évaluation du dispositif qu'elle remet au Gouvernement et au Parlement. A partir de ces mêmes informations, la commission nationale formule des recommandations sur la conduite des expertises et élabore des propositions visant à une application homogène du dispositif, qu'elle adresse aux ministres et aux commissions régionales. Composition et fonctionnement de la CNAMed : 4 professionnels de santé figurant sur l'une des listes d'experts dressées par la Cour de cassation ou l'une des cours d'appel, dont 2 exerçant à titre libéral et 2 praticiens hospitaliers ; 3 représentants des usagers désignés parmi les membres des associations représentant les personnes malades et les usagers du système de santé ; 12 personnalités qualifiées dont 6 choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du droit de la réparation des accidents médicaux ou de la responsabilité médicale ou dans la formation en matière d'expertise, dont un représentant du Conseil national de l'ordre des médecins et un membre du Conseil d'Etat ou un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire, en activité ou honoraire, et 6 choisies en raison de leurs compétences scientifiques. La présidence est assurée par un membre du Conseil d'Etat ou un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire ; le vice-président, désigné par les membres de la commission lors de la première séance, est chargé d'assurer la présidence de la commission en cas d'absence du président. Le secrétariat de la commission est assuré par le ministère chargé de la santé.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/cnamed-commission-nationale-des-accidents-medicaux>

**La mission d'expertise médicale des CRCI (Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales).**

Recommandation aux présidents de Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) en matière de

mission d'expertise médicale pour l'évaluation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/la-mission-d-expertise-medicale-des-crci>

**Rapport annuel public 2017. L'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux : une mise en œuvre dévoyée, une remise en ordre impérative.**

Cour des comptes 2017. 48p.

L'accident médical se définit comme un événement imprévu ayant entraîné un dommage anormal au regard de l'évolution prévisible de l'état de santé du patient au cours d'un acte de soins, de prévention ou de diagnostic. Il peut être consécutif à une faute de technique médicale ou à un aléa thérapeutique, entendu comme la réalisation, en dehors de toute faute du praticien ou de l'établissement de santé, d'un risque accidentel dont l'occurrence est faible. Il peut résulter également d'une infection nosocomiale, c'est-à-dire contractée au cours d'un séjour dans un établissement, ou d'une affection dite iatrogène, occasionnée par le traitement médical et en particulier la prescription d'un médicament. Avant 2002, l'indemnisation des accidents médicaux supposait l'établissement d'une responsabilité médicale. En l'absence de faute et en dehors de cas particuliers restrictifs, les juridictions administratives et judiciaires ne prenaient pas en considération l'aléa thérapeutique.

<https://prd.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/02-indemnisation-amiable-accidents-medicaux-Tome-1.pdf>

**Vers une « déjudiciarisation » du droit médical ? Le rôle croissant de la procédure amiable.**

Eymard N. Laennec. n°2. 2011. pp.31-41.

En créant un dispositif public d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux par la voie du règlement amiable, la loi du 4 mars 2002 a ouvert la voie à un véritable processus de déjudiciarisation du droit médical. Si les assurances demeurent inflationnistes, le contentieux médical qui avait explosé dans les années 1990 tend aujourd'hui à stagner. La relation patient-médecin, en France, reste bien éloignée de l'« américanisation » qui avait pu être redoutée par certains. Cet article vise à exposer le rôle des Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux – pivots du dispositif mis en place par la loi dite « Kouchner » (voir encadré p. 33) – et l'intérêt qu'il présente tant pour les victimes que pour les médecins. Seront brièvement évoquées en contrepoint les conditions d'engagement de la responsabilité pénale du médecin (voir encadré p. 36-39), dont le poids décroissant au sein du contentieux médical participe peut-être également de cette déjudiciarisation de la médecine. (résumé d'auteur)

<https://www.cairn.info/revue-laennec-2011-2-page-31.htm>

**Chronique droit médical / dommage corporel.**

Clerc-Renaud L. Droit, santé et société. n°2. 2016. pp.43-50.

Cette chronique fera le point sur quelques évolutions législatives et jurisprudentielles relatives à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (I). Nous envisagerons ensuite au titre de l'actualité du droit du dommage corporel, ce qui nous semble être une avancée intéressante (à défaut d'être pour l'instant concrétisée) : le projet de décret visant à instaurer une nomenclature des postes de préjudice et au titre de l'actualité jurisprudentielle quelques décisions statuant sur les chefs de préjudices réparables (II). (résumé d'auteur)

<https://www.cairn.info/revue-droit-sante-et-societe-2016-2-page-43.htm>

**Inégalités dans les parcours d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Une enquête au sein du dispositif français de règlement amiable.**

Parizot I, Cailbault I., Winance M., Barbot J. Revue d'épidémiologie et de santé publique. n°2. 2017. pp.99-108.

En France, on connaît peu de choses tant sur les caractéristiques des personnes qui, s'estimant victimes de préjudices liés à l'activité médicale, forment des recours, que sur le parcours de leurs plaintes. La loi du 4 mars 2002 a créé un dispositif de règlement amiable qui vise à réduire les inégalités d'accès à l'indemnisation des victimes face à des procédures contentieuses réputées longues et coûteuses. Il occupe aujourd'hui une place centrale parmi les voies de recours des patients et de leurs familles.

Méthodes : Cette étude porte sur la base exhaustive des 18 258 demandes déposées dans le dispositif amiable entre 2003 et 2009. Elle prend en compte quatre séries de variables : (1) les caractéristiques des personnes impliquées dans la demande, (2) les pratiques de recours, (3) l'issue des demandes, (4) les caractéristiques des commissions qui les ont traitées. Des analyses univariées puis multivariées ont été conduites, notamment pour rechercher les facteurs associés aux différentes réponses apportées aux demandes.

Résultats : Sur l'ensemble des demandes déposées dans le dispositif de règlement amiable, 34,5 % ont reçu un avis positif d'indemnisation, 30,7 % ont été jugées irrecevables et 34,8 % ont été rejetées après expertise. Le risque d'irrecevabilité est plus élevé lorsque la victime est une femme, qu'il s'agit d'un mineur âgé de 1 à 17 ans ou d'une personne non décédée, mais ne dépend pas de son niveau de vie. Le recours à un avocat (24 %) est lié à différentes caractéristiques, notamment l'âge et le statut vital de la victime. Il est aussi lié à une baisse du risque d'irrecevabilité et à une augmentation des chances globales d'être indemnisé. D'importantes différences de pratiques de traitement des demandes existent selon le lieu où elles sont déposées, en termes de délai d'instruction et de tendance à rejeter les dossiers avant ou au contraire après expertise médicale.

Conclusion : L'étude fournit la première description de la population des patients et de leurs familles qui forment des recours en France. Elle interroge l'impact de la variabilité des pratiques au sein du dispositif sur les inégalités et les expériences vécues des parcours de la réparation. (résumé d'auteur)  
*Article non accessible en ligne*

### **De la réparation individuelle à l'élaboration d'une cause collective. L'engagement judiciaire des victimes du distilbène.**

Fillion E., Torny D. *Revue française de science politique*. n°4. 2015. pp.583-607.

À partir du cas d'un médicament ayant entraîné des dommages sur de vastes populations – le distilbène – cet article propose une analyse sociologique des mobilisations de victimes sur la scène judiciaire. Elle est menée sous deux aspects : d'une part, le travail produit par les victimes avec et sur le droit, d'autre part, les effets en retour du droit sur les victimes, leurs collectifs et leur(s) cause(s), aux différentes étapes de l'engagement judiciaire et de la procédure. Nous mettons en lumière une tension permanente entre une expérience judiciaire singulière, marquée par l'isolement et l'opacité, et l'élaboration d'un « contentieux distilbène » qui joue un rôle déterminant dans la collectivisation et la publicisation d'une cause de santé publique. (résumé d'auteur)

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2015-4-page-583.htm>

### **Les lacunes de la loi sur l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.**

Jule-Parade V. *Actualités sociales hebdomadaires*. n°3010. 2017. pp. 20-21.

Avocat engagé aux côtés des victimes d'accidents et de dommages corporels, Vincent Julé-Parade dénonce le dysfonctionnement de la procédure de conciliation et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux prévue par la loi « *Kouchner* » votée en 2002. Parce que cette démarche n'a pas de valeur contraignante, les assureurs n'hésitent guère à en profiter pour réduire, voire effacer, leur facture. Et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux joue aussi la tactique de l'usure. (résumé d'auteur)

### **Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale.**

Barbot B., Winance M., Parizot I.. Sciences sociales et santé. n°2. 2015. pp.77-105.

L'article étudie les plaintes des patients (ou de leurs proches) qui s'estiment victimes de préjudices liés à l'activité médicale. Sur la base d'un corpus de courriers adressés au dispositif de règlement amiable créé par la loi du 4 mars 2002, nous analysons les trois opérations critiques qui structurent la plainte : imputer des dommages à des soins, reprocher des pratiques ou des conduites inappropriées et formuler des demandes en matière de réparation. Au travers de ces opérations critiques, nous mettons en évidence les manières par lesquelles les plaignants construisent des modes de raisonnement et de mise en cause, mobilisent des horizons d'attentes vis-à-vis des soins et conçoivent les possibilités d'apaisement des souffrances qu'ils leur attribuent. Nous identifions ainsi différentes sources d'ajustement et de désajustement entre ces perspectives profanes de la plainte et le travail effectué par le dispositif. (résumé Bdsp)

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2015-2-page-77.htm>

### **La judiciarisation de la santé.**

Laude A. Questions de santé publique. n°20. 2013. 4p.

Les usagers du système de soins ont-ils de plus en plus recours aux tribunaux pour obtenir les indemnités à la suite d'accidents médicaux ? Une recherche récente, effectuée à partir de 50 000 décisions de justice rendues dans la dernière décennie répond à cette question et analyse en particulier l'impact des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur les modalités et l'ampleur des recours engagés, et sur les réparations obtenues. (résumé Bdsp)

<http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/judiciarisation-sante-n20.pdf>

### **Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité.**

Rousset G. Carnets de bord. n°16. 2009. pp.23-28.

Les rapports entre droit et santé ne sont pas toujours sereins. Le droit est souvent perçu par les soignants comme un élément négatif, assimilé à une source de contrainte ou de contentieux. Pourtant la norme juridique régit le secteur de la santé de deux manières les règles régulent les pratiques médicales, le juge intervenant lorsque ces normes sont violées. Ces deux phénomènes sont tout à fait classiques mais une dérive est parfois dénoncée dans leur mise en œuvre. Les règles juridiques applicables au système de santé seraient beaucoup trop nombreuses et parfois inutiles (notion de juridicisation), tandis que le nombre de recours et de condamnations de soignants prononcées par le juge serait en plein accroissement (phénomène de judiciarisation). L'existence de ces deux concepts est très fréquemment affirmée par les médias et certains auteurs. Il semble dès lors intéressant de mener quelques réflexions sur le domaine, la réalité et le sens de ces deux mouvements afin de déterminer si ce constat est fondé.

[http://www.unige.ch/ses/socio/carnets-de-bord/revue/pdf/16\\_164.pdf](http://www.unige.ch/ses/socio/carnets-de-bord/revue/pdf/16_164.pdf)

### **Guide du représentant des usagers en commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI). 3<sup>e</sup> édition.**

Collectif interassociatif sur la santé.

Le dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, issu de la loi du 4 mars 2002, est maintenant en place depuis plus de 10 ans. Nous y sommes toujours fortement attachés en ce qu'il a incontestablement élargi l'accès au droit à indemnisation, proposant un dispositif alternatif ou complé-

mentaire à la voie juridictionnelle. Cependant, force est de constater un certain nombre de dérèglements plus ou moins graves dans son fonctionnement :

- Les seuils d'accès au dispositif posent problème. D'abord parce qu'ils sont trop élevés et nous maintenons, en la matière, notre revendication d'abaissement du seuil d'AIPP (atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique). Ensuite parce qu'ils sont souvent mal évalués, au niveau de l'AIPP du fait que certaines CRCI lui affectent l'état antérieur ; et au niveau du déficit fonctionnel temporaire, pour lequel de trop nombreux experts en font une estimation trop sommaire.

- La qualité de l'expertise est menacée par la désignation de plus en plus fréquente d'experts non-inscrits sur la liste des experts en accidents médicaux élaborée par la CNAMED, qui peut se traduire par des compétences et une formation potentiellement insuffisantes.

- L'évaluation des besoins en aide-humaine des victimes d'accidents médicaux est trop souvent sous-estimée.

- Enfin, les conditions de l'indemnisation, c'est-à-dire la traduction financière des avis des CRCI, se dégradent tant du point de vue des délais de mise en œuvre que des montants, en raison de la non réévaluation du référentiel d'indemnisation. Or, pour maintenir le dispositif dans toute son efficacité, il est essentiel de veiller à ce qu'il ne devienne pas une « sous justice ». Si la simplicité, la gratuité et la rapidité de la procédure sont essentielles, il est primordial que l'indemnisation ne soit pas inférieure à celle obtenue devant les juridictions. (Editorial)

<http://www.leciss.org/sites/default/files/guide-CRCI-web.pdf>

#### **Dix ans d'application de la loi Kouchner.**

Bloch L. /dir. Revue générale de droit médical. n°spécial. 2013. 133p.

À l'occasion des dix ans de loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », l'Institut du droit de la santé Bordeaux IV a réuni d'éminents spécialistes des questions de responsabilité médicale. Tous les maillons de la procédure d'indemnisation ont ainsi pu être analysés, salués ou critiqués : l'ONIAM, la CNAMED, les CCI, les experts. Des représentants de ces institutions sont intervenus permettant ainsi une meilleure compréhension des rouages de ce système devenu au fil de temps plus complexe. Les évolutions législatives, mais également les principales décisions jurisprudentielles, seront ici abordées afin d'offrir une vision actualisée du dispositif. La victime d'un accident médical n'est toutefois pas tenue de suivre la procédure de règlement amiable, aussi la place du juge reste très importante en matière d'accidents médicaux. La loi de 2002, en maintenant une dualité de juridictions, oblige les praticiens à connaître aussi bien la jurisprudence des juridictions administratives que celle des juridictions judiciaires. Le dialogue des juges conduisant parfois à une parfaite convergence peut laisser place, ailleurs, à certaines divergences. Un point sur cette question sensible a ainsi pu être mené. Au-delà de la procédure d'indemnisation, amiable ou contentieuse, les différents faits dommageables, à savoir la faute d'humanisme, les infections nosocomiales, les accidents médicaux non fautifs, ou encore les produits de santé, ont suscité des tables rondes. La faute d'humanisme occupe toujours une place importante dans le contentieux. Elle est ainsi le siège de découverte de nouveaux préjudices. Les infections nosocomiales posent également de nombreuses questions, aussi bien quant à leur définition qu'à leur régime d'indemnisation. Les accidents médicaux non fautifs sont l'occasion de préciser les compétences de l'ONIAM mais aussi de préciser les contours parfois flous entre la faute, source de responsabilité, et la simple erreur. Enfin, à l'heure où les scandales sanitaires se multiplient, l'indemnisation des victimes de produits de santé reste, malgré la loi de 2002, toujours aussi problématique. Cet ouvrage recueille les réflexions d'intervenants d'horizons variés : magistrats, médecins, juristes, universitaires, représentants des victimes. Cette pluralité d'intervenants confère à ce colloque sa singularité. Ces points de vue, parfois divergents, permettront de garantir au lecteur une vision à la fois objective et pédagogique de l'état d'une question en perpétuelle expansion. (Résumé de l'éditeur).

#### **Accidents médicaux : Règles et pratiques de la commission de conciliation et d'indemnisation.**

Maire P. Ed. Les Etudes Hospitalières. Coll. *Pratiques professionnelles*. 2014. 78 p.

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a constitué une avancée majeure en matière d'indemnisation du dommage causé par un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale. Elle a créé les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) chargées de mettre en oeuvre amiablement ce droit à être indemnisé lorsque le patient est victime d'un aléa thérapeutique ou d'une faute médicale. Rédigé par un magistrat qui préside quatre commissions d'indemnisation, cet ouvrage fait le point sur le statut, les compétences et le fonctionnement de ces commissions. Il donne des indications sur la préparation du dossier, l'expertise, l'audience devant la commission et le mécanisme des offres d'indemnisation. (résumé d'auteur)