SINGULARITÉS D'UNE EXPERTISE EN CCI

INTRODUCUTION :

La Deuxième Guerre mondiale a apporté une révolution considérable entre les relations entretenues entre les personnes légalement autorisées à exercer la médecine et leurs patients. Et en 1942, la Cour de cassation dans son arrêt a octroyé aux patients le privilège de donner préalablement leur accord à tout traitement médical qu'ils devaient subir. Suite à cette décision jurisprudentielle, ce droit du patient a été incorporé dans la constitution de 1946. Cela a eu comme résultat un changement de la plus grande importance dans les établissements de soins médicaux.

De plus suite à l'application de la loi n° 70-1318[1] , portant réforme hospitalière ; la législation sanitaire avait admis que *« le droit du malade au libre-choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux ».* À cela s'ajoute la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 remplaçant « la charte du malade hospitalisé » de 1974 ; cette nouvelle charte comprend, non seulement un préambule, mais aussi plusieurs paragraphes contenant ainsi de nombreuses dispositions, dont *« les obligations des établissements de santé, l'information du patient, son consentement, les droits fondamentaux des patients et l'accès au dossier médical ».* De ce fait, le patient devient un acteur majeur dans le processus hospitalier.

Tout cela concorde avec l'apparition d'importants esclandres dans le domaine médical surtout à l'avènement du VIH SIDA et de tant d'autres maladies qui s'avèrent incurables. Face à l'apparition de ces nouvelles maladies les patients commencent à perdre confiance en la médecine, ou plus précisément aux praticiens. Conséquemment, le lien unissant médecin et patient se détériore. D'où la nécessité de créer un nouveau moyen en vue d'entretenir ce lien s'avère plus que nécessaire.

Alors, le législateur, conscient de rétablir la confiance qui auparavant existait entre un praticien et son patient, se devait d'intervenir ; ce qui a abouti à la création de la loi du 4 mars

[1] Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, abrogé par la Loi n° 91-1406 du 31 décembre en son article 7, JORF du 4 janvier 1992.

2002[2] relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé », dites la loi de Kouchner. Cette nouvelle législation a apporté un changement considérable entre les relations entretenues par les personnes légalement autorisées à exercer la médecine et leurs patients. En effet, cette loi a complètement révolutionné d'une part la relation entre praticien et patient ; d'autre part, elle a aussi apporté des modifications quant à la responsabilité des médecins français. Désormais, lorsque le patient subit un dommage corporel, peu importe, que celle-ci « *soit un accident médical non fautif soit une faute médicale »*[3] *;* la responsabilité du praticien est engagée.

En outre, cette loi a aussi profondément modifié les procédures relatives au dédommagement vis-à-vis des victimes qui ont subi un préjudice du fait des agissements des médecins.

Et attendu que les recours devant les juridictions sont devenus très complexes ; de nouveaux acteurs sont apparus sur la scène médicale, qui n'est autre que les experts médico-légal appelés aussi les hommes de l'art. Et comme le disait René Savatier, *« le temps de Vinci est passé. Nul ne peut plus avoir une culture universelle »*[4]. Cela s'impose aussi aux parties lors d'un recours devant la Commission de Conciliation d'Indemnisation. L'expertise est donc la clé de voute pour ce qui touche de près est de loin l'indemnisation des accidents médicaux.

Mais, si tel est le cas, la question qui se pose est de savoir les singularités d'une expertise médico-légale en CCI ?

Ceci étant le présent mémoire aura une orientation tant théorique que pratique afin de mieux illustrer l'importance de faire appel aux services de l'homme de l'art ou à l'expert.

Aussi, le présent mémoire a pour finalité de traiter en premier lieu le recours à l'expertise devant la CCI. Puis en second lieu, l'étude sera axée sur les limites de la CCI.

---

[2] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, page 4118.

[3] Source : www.medecine-esthétique-aix-les-bains.fr

[4] SAVATIER René, le progrès de la science et le droit de la preuve, Travaux de l'association Henri Capitant pour la culture juridique française, t. VII, 1952, p.619.

CHAPITRE I : LE RECOURS A L'EXPERTISE EN CCI :

La loi du 4 mars 2002 dite la loi de Kouchner a mis en place un système de dédommagement pour tous les patients qui ont été victimes d'un aléa médical ou thérapeutique, que ce soit une affection nosocomiale ou bien une affection iatrogène.

En effet, la loi de Kouchner admet que toutes personnes qui ont été victimes d'un préjudice subi à la suite d'une intervention médicale ont la possibilité de saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

Section 1 : Notion de la CCI :

La Commission de Conciliation et d'Indemnisation abrégée par la connotation CCI a été créée en 2002 par la loi de Kouchner maintes fois cité dans le présent mémoire. Toutefois, il est à noter que lors de sa création cette commission portait le nom de Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation Régionale ou la CRCI ; qui par un décret du 2 mars 2012 a été dénommé par CCI.

La Commission de Conciliation et d'Indemnisation peut donc se concevoir comme un système de règlement amiable des conflits liés à des fautes médicales. Et selon l'article L. 1142-7[5] du Code de santé publique *« la commission régionale peut être saisie par toute personne s'estimant victimes d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant par son représentant légal. Elle peut aussi être saisie par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ».*

Paragraphe 1 : Cadre légal :

Il a été dit supra que la Commission de Conciliation et d'indemnisation intervient dans le cadre d'un règlement amiable lorsque la victime de dommages corporels atteint certaines conditions d'indemnisation.

- ***Mission :***

  Comme son nom l'indique la Commission de Conciliation et d'Indemnisation a pour rôle de concilier et d'indemniser.

  - **Mission de concilier :**

    C'est la phase première lors d'un recours devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation. Cette mission de conciliation consiste alors à résoudre les litiges,

[5] Article L 1142-7 crée par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

survenus suite à un accident thérapeutique, entre un patient et son médecin. En d'autres termes, dans la phase de conciliation la commission joue un *« rôle de médiateur entre un professionnel ou un établissement de santé et un usager insatisfait des soins dispensés ou encore d'intervenir dans le cas d'une éventuelle méconnaissance des droits de malades et des usagers du système de santé »*[6].

En effet, le patient qui a subi un préjudice peut introduire une requête de conciliation devant la CCI dans la mesure où :

- ❖ Les soins qu'elle a reçus de la part du professionnel de santé ou d'un établissement de santé laissent à désirer ;

- ❖ un quelconque désaccord existe entre le patient et son médecin au sujet d'une « recherche biomédicale », notamment « *en cas de participation au protocole d'essai d'un nouveau médicament ou traitement »*[7]. Attendu que la Cour de cassation dans l'arrêt Tessier de 1942 a établi que toute intervention médicale concernant la personne du patient exige à priori son consentement.

- ❖ Le préjudice subi par le patient se trouve inférieur à la limite établie par le Code de la santé publique en son article D.1142-1[8].

- ***Mission d'indemniser :***

[6] Le rôle des Commissions de Conciliation et D'Indemnisation en cas de dommage consécutif à un acte de prévention, de diagnostic et de soins. Source : www.aredoc.com
[7] Source : www.aredoc.com, op.cit.

[8] L'article D 1142-1, modifié par le Décret n°2011-76 du 19 janvier 2011, stipule que : *« le pourcentage mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1142-1 est fixée à 24%.*
Présente également le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1 un accident médical, une affectation iatrogène ou une affectation nosocomiale ayant entrainé, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires consécutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50%.
A titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu :
1° Lorsque la victime est déclaré définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale ;
2° Ou lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existences ».

Dans cette deuxième phase, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation est tenue de résoudre à l'amiable le contentieux existant entre la victime et le professionnel de santé.

Toutefois, il est à noter que cet arrangement à l'amiable n'est pas obligatoire. Du fait que la partie qui a subi le préjudice peut directement intenter une action devant la justice ; en d'autres termes, *« ce dispositif est facultatif et n'est pas un préalable obligatoire à la procédure contentieuse »*[9].

De plus, dans la mesure où le dommage subi par la victime dépasse largement le seuil fixé par l'article D. 1142, l'intervention de l'expert médico-légale est requise.

Conséquemment, dans un délai de 6 mois, suite à la conclusion de l'expert, la commission aura l'obligation d'émettre un avis mentionnant *« les causes, les circonstances et l'étendue du dommage, ainsi que son appréciation sur une indemnisation éventuelle au titre des responsabilités encourues ou de la solidarité nationale »*[10].

- ***Composition :***

La Commission de Conciliation et d'Indemnisation est composée par un juge, celui qui préside la commission, et par les membres titulaires. Ces derniers sont désignés par le Directeur général de l'ARS, pour une durée de trois ans.

Toutefois, le décret n°2014-19 du 9 janvier 2014 *« portant simplification et adaptation des dispositifs d'indemnisation gérés par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales »* a apporté des changements pour ce qui est des nombres des personnes composant ladite commission. Actuellement, elle est composée en plus de la personne qui la préside, le

[9] Source : www.aredoc.com, op.cit.

[10] www.aredoc.com, op.cit.

magistrat, de douze autres membres titulaires, si auparavant les membres étaient au nombre de vingt, ainsi que quelques membres suppléants.

Et, parmi les membres nommés par le directeur de l'ARS, figure :

- *« Trois représentants des usagers du système de santé, issus d'associations agrées au titre de l'article L 1114-1 du Code de la santé publique. En plus de deux suppléants pour chaque titulaire ;*

- *Un professionnel de santé du secteur libéral et un praticien hospitalier. En plus, de trois suppléants pour chaque titulaire ;*

- *Trois responsables d'établissements et service de santé, dont un du secteur public et deux secteurs privés. En plus de deux suppléants pour chaque titulaire ;*

- *Un représentant du conseil d'administration de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ;*

- *Un représentant d'entreprises d'assurances de responsabilité civile médicale et deux suppléants ;*

- *Deux personnes qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels et deux suppléants pour chaque titulaire »*[11].

[11] Source : www.ars.bretagne.sante.fr

- ***La saisine :***

Comme il a été énoncé supra, le Code de la santé publique en son article L 1142-7 stipule que la Commission de Conciliation et d'Indemnisation peut être saisie par *« toute personne s'estimant victimes d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant par son représentant légal. Elle peut aussi être saisie par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ».* En termes clairs, toute victime d'un accident médical peut alors saisir la commission, ou bien si ledit patient en question décède suite à un aléa thérapeutique cette prérogative est octroyée à ses ayants droit.

Aussi pour que le dossier de la victime soit recevable par la commission, celui-ci doit faire mention de toutes les pièces justificatives qui permettra de justifier l'imputabilité du préjudice subi suite à l'accident. Toutefois, il est à préciser que la victime ne peut saisir une autre commission que celle du lieu où s'est produit l'acte dommageable ou l'acte litigieux. En d'autres termes, *« la commission compétente est celle dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins à l'origine du dommage »*[12].

De plus, pour que la victime ait droit à une indemnisation, il faut que le dommage source de l'acte litigieux soit supérieur à « *un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret »*[13]. Ipso facto, la victime peut se faire indemniser dans la mesure où le préjudice remplit l'un des conditions suivantes :

- Premièrement, le dommage doit causer 24 % au moins d'atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la victime[14] ;

- Deuxièmement, il faut que le dommage ait entrainé « *un arrêt temporaire des activités professionnelles ou causées des gênes temporaires consécutives d'un*

[12] www.aredoc.com, op.cit.

[13] Article L 1142-1 II du Code de la santé publique

[14] Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L.1142-1 du code de la santé publique.

déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %. Sur une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois »[15].

De même, l'article D. 1142-1 du Code de la santé publique stipule qu'à titre exceptionnel la victime a aussi droit à l'indemnisation :

- si elle *« est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale ;*

- *Ou lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existences ».*

Cependant, dans la mesure où la Commission de Conciliation et d'Indemnisation déclare l'irrecevabilité de cette demande ; la victime peut après la constatation de l'expert, « *saisir soit la CCI en conciliation soit les juridictions de droit commun, en cas d'échec de toute solution à l'amiable »*[16].

- ***L'analyse du dossier :***

Lorsque la Commission de Conciliation et d'Indemnisation se déclare compétente, elle prendra l'initiative de faire appel aux services d'un expert. Ce dernier aura donc comme mission de mener une expertise contradictoire[17], autrement dit les conclusions de l'expert ne pourront se faire qu'après qu'il a entendu les témoignages de toutes les parties. Signalons à toutes fins utiles que le recours devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation est gratuit pour la victime ; par conséquent, l'expertise l'est aussi. Ainsi, pendant la procédure la personne qui a subi le préjudice peut se faire

[15] Article D. 1142-1 du Code de la santé publique, op.cit.
[16] www.aredoc.com, op.cit.
[17]

assister par un avocat, attendu que son témoignage est requis pour le prononcé de la décision de la part de la commission.

Par la suite, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation aura un délai de six mois pour traiter en long et en large le dossier de la victime. Ensuite, à l'expiration de ce délai, elle rendra un avis, et ce dernier est porté aux connaissances de toutes les parties, « *qu'il soit de rejet ou en faveur d'une indemnisation »*.

- **Dans le cas où la responsabilité du praticien est reconnue** :

  Dans la mesure où la Commission de Conciliation et d'Indemnisation se prononce en faveur de l'indemnisation, c'est-à-dire que si elle reconnait l'accident médical le professionnel de santé sera tenu d'indemniser la victime. Indemnisation qui selon les dires de Patrick Mairé *« doit couvrir la réparation intégrale des préjudices subis par la victime, qu'ils soient patrimoniaux comme la perte de gains professionnels, les dépenses faites pour adapter le logement au handicap […] ; ou extrapatrimoniaux, comme par exemple, le préjudice esthétique, si l'accident a laissé une séquelle physique permanente visible, le préjudice d'agrément qui résulte de la privation de certains plaisirs de votre vie quotidienne comme ne plus vouloir exercer une activité artistique, un sport […] ou encore le préjudice sexuel, qui s'entend de la difficulté, voire de l'impossibilité d'avoir une vie sexuelle ainsi, bien sûr, que le préjudice correspondant à un déficit fonctionnel permanent ».*

- ***Le concours de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux:***

  Si les conclusions de l'homme de l'art lors de l'expertise diligentée par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation révèlent que l'acte dommageable a comme origine un accident médical, ne résultant pas de la faute du praticien, la

demande en indemnisation sera adressée directement à l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux *« au titre de la solidarité nationale »*[18]

Et selon les énoncés des articles L. 1142-14 et L. 1142-17, après consultation de l'expert médicale, la commission constate qu'il y a bel et bien accident médical, « *l'assureur ou l'ONIAM ont quatre mois pour présenter une offre d'indemnisation à la victime »*[19].

Paragraphe 2 : Procédure :

Après que la Commission de Conciliation et d'Indemnisation a été régulièrement saisie, c'est-à-dire qu'après la déposition du dossier, la commission a estimé que la requête de la victime est recevable. La commission de Conciliation et d'Indemnisation diligentera une expertise, et c'est après les constatations de l'expert que la commission procédera à une réunion pour ainsi donner son avis.

- ***L'expertise médicale :***

L'expertise est l'étape la plus importante dans la procédure de conciliation et d'indemnisation. En matière d'aléa thérapeutique ou d'accident médical, les constatations de l'expert sont d'une grande envergure étant donné que c'est par les informations fournies par l'expertise que la commission évaluera le montant de l'indemnisation que la victime devra recevoir. Conséquemment, le rapport d'expertise devra donc faire mention des évaluations des préjudices ou des dommages subis par le patient.

En ce sens, Mikaël Ikedjian affirme que l'expertise est *« nécessaire pour qualifier et quantifier les préjudices que le blessé endure depuis son accident ».* En effet, l'expertise médicale diligentée par la CCI a pour finalité :

[18] Article L. 1142-1 II du Code de la santé publique.

[19] www.aredoc.com, op.cit.

- ❖ d'éclairer la commission sur les circonstances de l'accident ;

- ❖ de constater si l'accident médical a été causé par une faute imputable au praticien, ou bien que celui-ci a été causé par un aléa thérapeutique non fautif ;

- ❖ de constater la gravité du préjudice subi par la victime.

En termes clairs, durant l'expertise, l'homme de l'art examinera en détail le dossier de la victime, vérifie le bien-fondé de ses réclamations. Il arrive même que durant cette phase, l'expert procède à un examen clinique[20] dans le but de mieux apporter plus de lumière au dossier.

Toutefois, durant l'expertise la victime doit se faire accompagner ou doit être représentée par un spécialiste afin de permettre une *« retranscription précise de la réalité »*[21]. Eu égard à cela, Patrick Mairé affirme qu'*« il vaut mieux que la victime n'assiste pas seule à l'expertise, outre qu'elle va se retrouver face à plusieurs représentants du monde médical et des assurances, elle aura certainement des difficultés à suivre les discussions en raison de l'utilisation de nombreux termes médicaux et juridiques ; d'où l'intérêt de se faire assister par un médecin-conseil ou un avocat spécialisé qui veillera à la défense de ses intérêts ».*

Ainsi, c'est après avoir pris connaissance des conclusions de l'expertise que la Commission de Conciliation et d'Indemnisation convoquera une réunion pour examiner le dossier de la victime.

- ***L'audience :***

C'est la deuxième étape de la procédure de conciliation et d'indemnisation. Lors de cette réunion, les personnes qui sont concernées par l'affaire doivent être toutes présentes. Et comme il a été mentionné ci-dessus, durant l'audience il est vivement recommandé pour la victime de se faire représenter soit par un avocat, soit par un

[20] Source : http://www.perier-avocat.fr

[21] http://www.perier-avocat.fr, op.cit.

médecin. Attendu que seuls ces professionnels sont compétents pour *« apporter des précisions techniques à la commission et défendre ainsi de manière optimale le dossier »*[22].

Et après les témoignages des parties, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation délibèrera.

- ***L'avis :***

C'est la dernière étape de la procédure. C'est donc dans cette dernière phase que la commission va définitivement mettre fin au litige. En effet, à l'issu de l'audience la Commission de Conciliation et d'Indemnisation va donc se prononcer en faveur ou contre l'indemnisation.

Toutefois, il est à préciser qu'après avoir prononcé la délibération, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation ne rend pas un jugement, mais un avis. Et c'est cette dernière qui déterminera donc le régime applicable concernant le dédommagement de la victime de l'accident médical. En ce sens, Érik Rance déclare que *« la commission va émettre un avis et conclure soit à un accident médical reposant sur une faute du professionnel ou de l'établissement de santé, ou n'impliquant aucune responsabilité médicale ; soit également à l'absence d'accident médical ».*

Conséquemment, si la commission se prononce en faveur d'une indemnisation, l'assureur du professionnel de la santé ou l'ONIAM dispose d'un laps de temps de quatre mois pour proposer une offre au patient qui a subi le préjudice. La victime dispose aussi d'un délai de 1 mois pour approuver ou pour décliner l'offre d'indemnisation.

Section 2 : La CCI un recours novateur concernant l'égalité de droit :

[22] http://www.perier-avocat.fr, op.cit.

La loi Kouchner a institué un processus ayant comme spécificité sa rapidité, son efficacité et sa gratuité. En effet, ce nouveau dispositif tend à simplifier la saisine des institutions compétentes pour les patients qui ont subi des préjudices ayant comme origine un accident médical.

Ainsi, le recours à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation est ouvert à toutes personnes qui sont victimes d'un aléa thérapeutique ou *« toute personne s'estimant victimes d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins »*[23] médicales. De plus, la législation en vigueur s'efforce aussi de minimiser l'hétérogénéité relative à la défense de chaque personne engagée ou concernée par la procédure devant la commission.

Paragraphe 1 : L'égalité de droit entre les victimes :

Antérieurement à l'entré en vigueur de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »* les règlements prenant effet par voie de conciliation et sans procès résultant des litiges présentées certaines difficultés quant à leur application. Et dans la plupart des cas, les assureurs se refusaient d'indemniser les victimes. Conséquemment, les victimes n'avaient d'autres alternatives que d'adresser une requête aux juridictions compétentes.

En outre, les procès étaient étendus dans l'espace, c'est-à-dire qu'ils étaient extrêmement longs ; et par conséquent, extrêmement onéreuses ; ce qui a découragé donc bon nombre de victimes qui voulaient se faire indemniser.

Ainsi, le législateur conscient des difficultés auxquelles étaient confrontées les victimes a mis en place un nouveau dispositif permettant à ces derniers de faire valoir leur droit, suite aux constatations de l'expert ; autrement dit, de se faire facilement indemniser. En effet, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation par le biais de l'expertise offre à toutes victimes d'un accident médical la possibilité de régler amiablement les litiges qui les opposent envers les professionnels de santé. En ce sens, le Code de la santé publique en son article L. 1142-5, stipule que *« la commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et infections nosocomiales, ainsi que les autres litiges entre usager et*

[23] Article L. 1142-7 du Code de la santé publique.

professionnels de santé, établissement de santé, service de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2 du même code ». Et comme il a été fait mention ci-dessus, *« toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal »*[24] peut saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation. Et si le patient vient à mourir suite à l'un des divers actes médicaux mentionnés par l'article L. 1142-7 du Code de la santé publique, ce droit de saisine est octroyé à ses ayants droit.

Ainsi, d'après la stipulation des articles qui ont été mentionnés supra, il est à constater que la législation ne fait aucune distinction sur l'origine de l'accident médical. En conséquence, même si le préjudice subi a pour cause une activité de diagnostic, de prévention, de soin, une affection iatrogène, ou bien une infection nosocomiale, la commission simplifie et unifie le processus d'indemnisation.

Il est aussi important de savoir qu'actuellement, il est possible d'engager la responsabilité sans faute du professionnel de santé. Autrement dit, la loi Kouchner permet à un patient qui était victime d'un aléa thérapeutique d'être aussi indemnisé au même titre qu'une personne, qui a été victime d'une faute médicale. Étant donné qu'un aléa thérapeutique est « *un accident médical survenu sans responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé »*[25] ; contrairement à une faute médicale, qui est imputable au médecin et engage sa responsabilité pour faute.

Cette innovation de la loi Kouchner a été donc instituée dans le but d'aider les patients ayant subi des accidents médicaux *« en raison d'un défaut de produit de santé »*[26] ; et ces aléas thérapeutiques *« sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par*

---

[24] Article L.1142-7 du code de la santé publique, op.cit.
[25] C. Caille, *la notion de faute au regard de la loi sur l'aléa thérapeutique,* Tribune de l'Assurance, mai 2002.

[26] Source : http://www.jurisques.com

décret apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle »[27].

En ce cas, le Code de la santé publique affirme que lorsque l'accident a comme origine un aléa thérapeutique ayant causé une incapacité permanente du patient, l'offre d'indemnisation sera faite par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux au titre de la solidarité nationale[28].

De plus, la loi du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé » a aussi facilité le recours à la Commission de conciliation et d'Indemnisation. En effet, la procédure devant la CCI est gratuite. Et c'est la raison pour laquelle les *« frais de fonctionnement »* de la commission sont assurés par l'ONIAM[29]. Conséquemment, aucuns frais de procédure ne seront demandés à l'encontre de la personne qui pour se faire indemniser fera appel à la commission. Et cela vaut également pour les services de l'expert. Ces dispositifs ont été donc pris afin que même les personnes les plus démunies bénéficient du droit à la réparation. En plus, tout au long de la procédure, la victime peut selon son choix se faire représenter par des professionnels ou non.

D'autant plus que pour adresser une requête devant la commission, il suffit simplement de télécharger sur le site de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation le document approprié. De ce fait, tout le monde peut saisir la commission pour la réparation des préjudices qu'il a pu subir lors d'un accident médical ; et peu importe que ce dernier ait été causé par un fait ou un comportement imputable du praticien ou par un aléa thérapeutique.

D'ailleurs, la Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 *dite « de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures »* vient aussi renforcer les dispositions de la loi du 4 mars 2002 dite la loi de Kouchner surtout pour ce qui concerne l'ITT. D'après la loi du 12 mai 2009, si l'accident médical a causé une invalidité à travailler durant une courte durée, *« on*

---

[27] Article L. 1142-1 II, op cit : *« Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organise mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail. »*

[28] Article L. 1142-1 II, op cit.

[29] Article L. 1142-6 du Code de la santé publique.

parle plus d'invalidité temporaire de travail, mais d'atteinte permanente à l'intégrité physique, et à la durée d'incapacité temporaire, professionnelle ou du déficit professionnel temporaire »[30].

Et ce déficit fonctionnel temporaire concerne tous les troubles qui peuvent survenir dans le quotidien de la victime, l'exemple le plus précis est la perturbation de la vie familiale. À ce titre l'ONIAM propose un référentiel d'indemnisation garantissant ainsi l'égalité de traitement de toutes les victimes.

Le préjudice en question s'évalue sur une échelle s'exprimant en degré allant de 1 à 7. Et, l'indemnisation varie selon le référentiel suivant :

Degrés	Montant en €	Moyenne	
1	811 – 1 098	955	Très léger
2	1572 – 2 126	1 849	Léger
3	3 076 – 4 162	3 619	Modéré
4	6 121 – 8 281	7 201	moyen
5	11 502 – 15 561	13 531	Assez important

[30] *L'indemnisation, par voie amiable des victimes d'accidents médicaux : faut-il reformer la loi Kouchner ?,* 27 mai 2009, Paris. Actes du colloque.

6	20 014 – 27 078	23 546	important
7	32 453 – 43 907	38 180	Très important

Ainsi, le recours en réparation porté devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation garantie à toutes les victimes qu'ils soient riches ou pauvres une procédure non seulement gratuite, équitable, mais aussi rapide.

Paragraphe 2 : La CCI, un recours égalitaire entre les parties :

Devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation les parties ont tous les mêmes droits et obligations ; en effet, la loi admet que la procédure à suivre durant le processus en conciliation et en indemnisation est de nature contradictoire, garantissant entre chaque partie au recours une égalité de droit.

Et aux termes de l'article L. 1142-9[31] du Code de la santé publique inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, la Commission de Conciliation et d'Indemnisation *« peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical ».* De plus, si au cours d'une intervention médicale, le patient vient à mourir, la commission après avoir obtenu l'aval du président du tribunal de grande instance peut demander à un expert de *« procéder à une autopsie ayant pour but de rechercher les causes du décès ».*

En outre, la loi stipule que chaque partie doit aussi recevoir une copie de tous documents utilisés lors de la procédure, c'est-à-dire de tous *« documents formulés par la commission et*

[31] Article L. 1142-9 : inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 article 98 Journal Officiel du 5 mars 2002 : *« Avant d'émettre l'avis prévu à l'article L. 1142-8, la commission régionale diligente une expertise dans les conditions prévues à l'article L. 1142-12.*
La commission régionale peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical. Elle peut demander au président du tribunal de grande instance ou à son délégué d'autoriser un ou plusieurs des experts mentionnés à l'article L. 1142-12 à procéder à procéder à une autopsie ayant pour but de rechercher les causes du décès.
Chaque partie concernée reçoit copie des demandes de documents formulées par la commission régionale et de tous les documents communiqués à cette dernière.
Le rapport d'expertise est joins à l'avis transmis dans les conditions prévues à l'article L. 1142-8 »

de tous les documents communiqués à cette dernière »[32], notamment du rapport d'expertise. Cette approche est d'une grande importance, attendu qu'elle permet à toute personne, victime d'un accident médical d'être informé durant toute la phase de la procédure, pour ainsi préparer sa défense. Étant donné que le praticien ou l'établissement de santé est tenu de révéler toutes les informations concernant l'accident, selon l'article L. 1142-9 du Code de la santé publique susvisé. À cela s'ajoute, les stipulations de la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995 affirmant le droit du patient d'avoir accès à son « *dossier médical »*.

Concernant les ayants droit qui ont adressé un recours en réparation devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, ils ne peuvent demander que les documents révélant les causes de l'accident et non l'ensemble des documents énoncés par l'article L. 1142-9. Cependant, ces personnes n'auront accès à l'ensemble des documents mentionnés ci-dessus que lors de l'expertise. En d'autres termes, l'ensemble des documents communiqués à l'homme de l'art ou à l'expert lors de son expertise sera aussitôt mis à la disposition des ayants droit.

Ainsi, par ces explications, il est à constater que c'est sur les conclusions de l'expert que repose le droit des parties à s'exprimer à égalité durant la procédure en réparation devant la commission. L'expert ou les experts en question sont désignés comme il a été dit supra par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation sur un registre comportant les noms de tous les hommes de l'art établi à l'avance par la commission nationale des accidents.

La commission nationale des accidents médicaux est une *« instance indépendante placée auprès des ministres chargés de la justice et de la santé »*[33]. Elle a été instituée par la Loi n°2002-303 dite la loi Kouchner relative *« aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».* Cette instance indépendante a pour rôle d'instruire les *« demandes d'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux »*[34].

Bref, la procédure en indemnisation mise en place par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation a apporté un véritable changement pour ce qui concerne la prise en considération des droits des victimes des accidents médicaux.

---

[32] Article L. 1142-9 ; inséré par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 article 98 Journal Officiel du 5 mars 2002 ; op.cit.

[33] CNAMed (Commission Nationale des Accidents Médicaux) –Partenaires- Ministère des Affaires sociales et de la santé ; Source : http//social-sante.gouv.fr

[34] http//social-sante.gouv.fr, op.cit.

En effet, cette loi a facilité non seulement le processus en réparation ; mais elle l'a rendu aussi plus équitable.

Toutefois, il est à noter que le recours devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation présente certaines limites.

Chapitre II : Les limites de la CCI :

Malheureusement, la procédure en indemnisation portée devant la Commission de Conciliation et d'indemnisation, malgré ses avantages, présente quelques points faibles. Aussi, le déséquilibre entre les parties existant avant l'entrée en vigueur de la loi Kouchner subsiste toujours.

Alors dans ce chapitre, notre étude portera donc à avoir dans les détails les points faibles de ce recours pour aboutir aux solutions.

Section 1 : Les points faibles de ce recours :

Ainsi dans la présente section, il sera question de traiter les inconvénients décelés lors de la procédure, mais aussi ceux relatifs à la réparation du préjudice subi.

Paragraphe 1 : Les inconvénients relatifs à la procédure :

- ***Les disparités dégagées de la législation :***

  Il a été mentionné plus haut que pour pouvoir être indemnisé d'une part par l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé, et d'autre part, par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, la victime doit prouver que les dommages qu'elle a subis que ce soit par les agissements du praticien ou du fait d'un aléa

thérapeutique sont supérieurs à « *un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret » ;* comme le stipule l'article L. 1142-1 II du Code de la santé publique.

De plus, même si c'est la Commission de Conciliation et d'Indemnisation qui fixe *« les différentes postes de préjudices susceptibles d'être indemnisés et fixe leur quantum, ce n'est pas elle qui va fixer le montant de l'indemnisation »*[35] ; c'est soit l'assureur soit l'ONIAM, suivant que l'accident est imputable ou non au médecin. Mais dans la plupart des cas, c'est l'ONIAM qui est chargé d'indemniser la victime pour tous les préjudices qu'elle a pu subir. D'autant plus que c'est elle qui gère les fonds de solidarité destinés à dédommager les patients.

Ainsi, le Code de la santé publique stipule que ce sont seulement les préjudices les plus graves qui doivent faire l'objet d'une indemnisation et non tous les dommages survenus lors des interventions médicales. Cela entraine donc une inégalité de droit vis-à-vis des autres patients qui eux aussi ont subi des préjudices du fait d'un accident médical.

Toutefois, cette disposition législative peut se comprendre aisément, car si la Commission de Conciliation et d'Indemnisation est saisie par toutes les victimes, cela risquerait de faire trainer la procédure ; de plus, le fonds de solidarité ne pourrait pas supporter toutes ses indemnisations. Par conséquent, pour éviter un déséquilibre budgétaire, il fallait insérer dans la législation des critères permettant de trier les patients qui ont subi des dommages considérables[36].

Il est aussi à signaler que la Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 dite de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures a aussi permis de clarifier

---

[35] Se faire indemniser à l'amiable par la CCI ; source : http://interetsprives.grouperf.com, op.cit.

[36] Article D 1142-1, modifié par le Décret n°2011-76 du 19 janvier 2011, op.cit ; et l'article L. 1142-1-1 inséré par la Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 art. 1 I Journal Officiel du 31 décembre 2002 : *« sans préjudice des dispositions du septième alinéa de l'article L. 1142-17, ouvren*t droit à la réparation au titre de la solidarité nationale :

1° Les dommages résultants d'infections nosocomiales dans les établissements, services ou organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 1142-1 correspondant à un taux d'incapacité permanente supérieur à 24% déterminé par référence du barème mentionné au II du même article, ainsi que les décès provoqués par ces infections nosocomiales ;

2° Les dommages résultant de l'intervention, en cas de circonstances exceptionnelles, d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme en dehors du champ de son activité de prévention, de diagnostic ou de soins ».

certains points[37] concernant l'incapacité temporaire de travail, mentionné dans le Code de la santé publique. Désormais, il est admis que si le préjudice a causé un arrêt temporaire des activités professionnelles ; ou s'il a eu comme répercussion un déficit fonctionnel temporaire d'*« un taux de cinquante pour cent pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou non consécutifs sur une période de douze mois, et exceptionnellement, inaptitude définitive à l'activité exercée avant ou troubles graves dans les conditions d'existences »*[38]. La victime peut aussi saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation pour se faire indemniser, et cela au même titre qu'aux patients qui ont subi des préjudices graves.

Concernant les constatations faites par l'expert durant l'expertise, elles sont laissées à la libre interprétation de la CCI. Conséquemment, cette dernière peut en disposer comme bon lui semble.

De plus, lors du dépôt du dossier par les patients, la commission ne diligente pas même un seul expert, afin d'analyser si le dossier en question est recevable ou pas ; s'il mérite un examen en profondeur. Au contraire, elle fait qu'apprécier si le pourcentage du barème par la loi est atteint ou non. Alors que cette façon de procéder est contraire à leur mission. Attendu que tous les dossiers sans distinction méritent

---

[37] Loi n°2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit d'allégement des procédures en son article 112 : *« Le code de la santé publique est ainsi modifié :*
1°L'article L. 1142-1 est ainsi modifié :
- *a) A la fin du premier alinéa du II, les mots : « d'incapacité permanente ou la durée de l'incapacité temporaire de travail » sont remplacés par les mots : « d'atteinte permanente à l'itégrté physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou celle du déficit fonctionnel temporaire » ;*
- *b) Au dernier alinéa du II, les mots : « d'incapacité permanente » sont remplacés par les mots : « d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique » ;*

2° Au 1° de l'article L. 1142-1, les mots : « d'incapacité permanente » sont remplacés par les mots : « d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique » ;
3° Au premier alinéa de l'article L. 1142-5, les mots « commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée » sont remplacés par les mots : « ou plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation sont chargées » ;
4°L'article L. 1142-10 est ainsi modifié :
- *a) A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « est chargée d'assurer » sont remplacés par les mots : « contribué à » ;*
- *b) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour l'exercice de ces missions, la commission accède, à sa demande, aux informations couvertes par le secret médical dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat permettant de préserver la confidentialité de ces données à l'égard des tiers » ;*

5°A l'article L. 1142-17-1, les mots : « d'incapacité permanente » sont remplacés par les mots : « d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ».

[38] Indemnisation des dommages causés par les infections nosocomiales – MACSF Exercice professionnel. Source : https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr

l'attention de ladite commission, pour ensuite proposer aux victimes qui leur serait le plus bénéfique. C'est la raison pour laquelle, il est conseillé à la victime ou à ses ayants droit de se faire assister par un professionnel lors de la procédure.

Néanmoins, il est à préciser que si le recours devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation est caractérisé par sa gratuité, en d'autres termes aucuns frais de procédure ne seront demandés à la victime ; l'appel à un avocat ou à tout autre professionnel n'est pas du tout pris en charge par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux. Ipso facto, les honoraires de ces personnes sont donc à la charge de la victime.

Le professionnel aura donc comme rôle en premier lieu de représenter le patient dans toutes les démarches ; et en second lieu, il veille au bon déroulement de la procédure et à la crédibilité de la victime et de son dossier.

Mais dans l'hypothèse où le dossier de la victime n'est pas recevable pour un recours en Indemnisation devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, la personne ayant subi un préjudice du fait de l'accident médical peut à tout instant saisir les juridictions de droit commun. Le problème est que cette solution est beaucoup plus onéreuse et dure plus longtemps que le recours devant la commission. En plus, l'aboutissement de la procédure n'est pas du tout certain. Autrement dit, il n'est pas du tout certain que le juge prononce l'indemnisation.

Alors, face à de telles situations, il se peut que les victimes perdent tout espoir de se faire indemniser, si leurs dossiers sont rejetés par la commission. Étant données, que les procédures devant les juridictions de droit commun sont extrêmement couteuses.

Cette inégalité peut aussi se concevoir par le concours de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux dans les jugements rendus par la Commission de conciliation et d'indemnisation ; dans la mesure où leur implication favorise les praticiens ainsi que le centre hospitalier dans lequel ces derniers peuvent exercer. Surtout lorsque la somme à verser au patient à titre de dédommagement est d'un montant considérable.

Et pour ce qui concerne les décisions rendues par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, à la différence des jugements rendus par les juridictions de droit commun, elles ne peuvent faire l'objet d'aucun recours. En d'autres termes, même si l'avis est de nature à léser le droit de la victime, ce dernier ne peut remettre en question cette décision que par un recours fait devant une juridiction compétente[39]. De plus dans bien des situations, il peut arriver que l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé refuse d'indemniser la victime. Aussi la personne qui a été victime d'un préjudice causé par un accident médical peut comme nous l'avons vu supra se tourner vers l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, pour obtenir la réparation du préjudice, d'après la stipulation de l'article L. 1142-15[40] du Code de la santé publique.

Toutefois, l'office est aussi libre de ne pas indemniser la victime, s'il estime que la décision de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation n'est pas du tout fondée ; ou s'il se déclare sur l'irrecevabilité du dossier de la victime.

---

[39] Article L1142-8 : Loi n°2002-303 du 4 mars 202, art.98 Journal Officiel du 5 mars 2002 ; Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 art. 1 III Journal Officiel du 31 décembre 2002 : « Lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1, la commission émet un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable.
L'avis de la commission régionale est émis dans un délai de six mois à compter de sa saisine.
Il est transmis à la personne qui l'a saisie, à toutes les personnes intéressées par le litige et à l'office institué à l'article L. 1142-22.
Cet avis ne peut être contesté qu'à l'occasion de l'action en indemnisation introduite devant la juridiction compétente par la victime, ou des actions subrogatoires prévus aux articles L. 1142-14, L. 1142-15 et L. 1142-7.
La commission saisit l'autorité compétente si elle constate des manquements susceptibles de donner lieu à des poursuites disciplinaires.
Lorsque les dommages résultent d'une infection nosocomiale présentant le caractère de gravité prévu à l'article L. 1142-1-1, la commission signale sans délai cette infection nosocomiale à l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 6115-3 ainsi qu'à l'office institué à l'article L.1142-22 ».

[40] Article L. 1142-15 du Code de la santé publique : *« En cas de silence de refus explique de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré ou à la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisé, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur.*
Dans ce cas, les dispositions de l'article L. 1142-14, relatives notamment à l'offre d'indemnisation et au paiement des indemnités, s'appliquent à l'office, selon des modalités déterminées par décret en conseil d'Etat.
L'acceptation de l'offre de l'office vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil. La transaction est portée à la connaissance du responsable et, le cas échéant, de son assureur.
Sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre la personne responsable du dommage ou, le cas échéant, son assureur. Il peut en outre obtenir remboursement des frais de l'expertise.
En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré, le juge, saisi dans le cadre de la subrogation, condamne, le cas échéant, l'assureur ou le responsable à verser à l'office une somme au plus égale à 15% de l'indemnité qu'il a alloue.
Lorsque l'office transige avec la victime, ou ses ayants droit, en application de présent article, cette transaction est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime lui reste acquis ».

Ainsi, l'assureur ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux peuvent donc s'abstenir d'allouer à la victime la somme qui lui est due ; et par conséquent de remettre en cause la décision rendue par la commission.

Cela témoigne aussi que cette procédure en indemnisation présente des disparités. De ce fait, la victime n'aura aucune autre alternative que d'adresser une requête à la juridiction de droit commun. Dans bien des cas, la partie défenderesse n'attende que, que la victime amorce une démarche devant les tribunaux étant donné que cette procédure est onéreuse et extrême longue ; et peuvent ainsi décourager certains d'entre eux. Toutefois, celles qui ont les moyens de se faire représenter par des professionnels ont tendance à aller devant le juge pour obtenir gain de cause. Celles qui ne l'ont pas n'ont d'autre choix que d'accepter l'offre faite soit par l'assureur du praticien ou de l'établissement de santé, soit par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux. S'il y a toutefois offre en réparation.

Aussi, la décision rendue par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation portant sur l'avis n'est pas du tout mise à la connaissance de toutes les parties. Pour éviter que les demandeurs fassent une comparaison de leurs indemnisations. Car les textes stipulent que l'avis rendu par la commission revêt un caractère secret.
Ainsi face à toutes ces disparités contenues par la législation en vigueur que nous venons de voir, s'ajoutent tant d'autres.

- ***Les disparités dégagées dans les manières de procédé :***

Dans la pratique, le médecin détient l'ensemble des documents médicaux du patient ; ce dernier doit donc obtenir toutes les informations concernant son état de santé au cas où il sera obligé de se présenter devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation. En effet, ces documents lui serviront de preuves ou si à la suite d'une intervention médicale il vient à mourir ses ayants droit par le biais de ces écrits pourront facilement être indemnisés. En ce sens, le décret n° 92-329 du 30 mars 1992 en son article R. 710-2-2 stipule que *« la communication du dossier médical intervient, sur la demande de la personne qui est ou a été hospitalisée ou de son représentant*

légal, ou de ses ayants droit en cas de décès, par l'intermédiaire d'un praticien qu'ils désignent à cet effet »

En plus, lors dudit recours l'existence de ces documents peut aussi faciliter l'expertise, et accélérer la procédure.

Et grâce à la loi Kouchner, les établissements de santé ont l'obligation de délivrer ces documents au patient, si ces derniers les exigent. Conséquemment, si le patient désire que son dossier médical lui soit remis, cela peut se faire sans le moindre problème. Néanmoins, il existe des cas où le praticien est retissant à délivrer ces documents étant donné la gravité de la maladie de certains patients.

Toutefois, l'homme de l'art pour mener à bien sa mission peut demander que tous les documents concernant la victime lui soient délivrés. De plus, le Code de la santé publique stipule que la commission peut solliciter l'intervention de l'expert afin d'apporter la lumière sur les causes exactes de l'accident médical. Cela implique donc que l'expert use de tous les moyens nécessaires pour mettre la vérité à jour. Aussi, en cas de décès du patient, il est permis à l'expert de mener un examen médical sur la dépouille de la victime pour permettre ainsi de savoir les causes du décès et faire progresser la procédure.

C'est lors de cette phase que le patient victime de l'accident médical ou ses ayants droit reçoivent une copie du dossier médical ; si au départ ce droit leur a été refusé. Et aux termes R. 710-2-1 du décret susvisé, *« un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé publique ou privée. Ce dossier contient au moins les documents suivants :*

- *Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour, à savoir : la fiche d'identification du malade ; le document médical indiquant le ou les motifs de l'hospitalisation ; les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient ; les comptes rendus des explorations paracliniques et des examens complémentaires significatifs, notamment le résultat des examens d'anatomie et de cytologie pathologiques ; la fiche de consultation pré anesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique ; le*

ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement ; les prescriptions d'ordres thérapeutiques ; lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers.

- *Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, à savoir : le compte rendu de l'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie ; les prescriptions établies à la sortie du patient ; le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers. »*

En effet, ces documents sont d'une valeur inestimable, surtout aux yeux de l'expert. Attendu que c'est par les conclusions apportées par l'expert que la Commission de Conciliation et d'Indemnisation va se baser pour rendre son avis et résoudre ainsi le litige entre la victime et le professionnel ou l'établissement de santé.

Alors, même si le patient a une maitrise parfaite de son dossier médical, il n'est pas de taille à débattre contre son médecin. C'est là donc qu'intervient l'expert. Ce dernier par ses constatations permettra donc d'éclaircir les causes du dommage. D'autant plus que la partie défenderesse fera tout son possible pour convaincre la commission sur son innocence.

De ce fait, il est à constater que sans l'intervention de l'expert la victime perdra toute crédibilité lors des débats devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation. Étant donné que le praticien ou l'établissement de santé ont en leur disposition les meilleurs avocats pour les représenter. Ces derniers n'auront donc aucun mal à discréditer la victime pour qu'elle n'obtienne pas réparation du préjudice qu'elle a subi.

Par conséquent, on peut en déduire par ces explications que même dans la pratique cette disparité persiste.

Paragraphe 2 : Les inconvénients relatifs à l'indemnisation :

Nous avons vu supra que le recours en réparation du préjudice subi suite à un accident médical dépend du rapport que l'homme de l'art dépose devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation.

Toutefois, durant l'expertise si la victime ne se fait pas assister soit par un avocat ou un praticien connaissant le droit médical ; elle aura du mal à fournir à l'expert les informations sur lesquelles ce dernier pourra se baser et éclaircir le litige. Cela vaut aussi lors de l'estimation de la somme qui sera versée à la victime.

- ***Les inégalités relevées lors de l'évaluation du préjudice :***

  Comme il a été maintes fois cité dans le présent mémoire, les constatations faites par l'expert sont d'une grande envergure dans la procédure d'indemnisation.

  Attendu que l'expertise a pour finalité de comprendre les causes qui ont provoqué la mésentente entre les parties, de savoir si le préjudice subi a pour origine une faute médicale ou un aléa thérapeutique. De ce fait, tous les mystères entourant le contentieux ne peuvent être élucidés sans la participation de l'expert.

  Autrement dit, sans expertise, il n'y aurait pas indemnisation ; étant donné que lorsque la commission s'est déclarée sur la recevabilité du dossier de la victime, elle prend de suite l'initiative de faire appel à la lumière de l'expert.

  En effet, l'expert est choisi parmi tant d'autres inscrits, premièrement sur la liste établie par la Commission Nationale des Accidents Médicaux. Deuxièmement, la liste des experts qui se trouvent dans les cours d'appel.

  Cependant, même s'il a été choisi par le Commission de Conciliation et d'Indemnisation, l'expert reste entièrement indépendant et il veille à ce que les droits des parties soient respectés. Et dans l'objectif de garantir l'indépendance de l'homme de l'art, la Commission Nationale des Accidents Médicaux a mis en place de nombreux règlements ; malheureusement, dans bien des cas ils sont bafoués.

  L'expertise médicale diligentée par la commission est à distinguer de l'expertise judiciaire, attendu que c'est sur l'expert que repose l'issue de la procédure pour ce qui est du recours en indemnisation. Par contre, concernant l'expertise judiciaire, elle ne peut être diligentée que par le juge d'instruction ; de plus, le magistrat peut s'il

l'estime nécessaire se référer aux constatations du technicien ou non. Alors que pour le recours en indemnisation, la procédure repose particulièrement sur l'expertise.

Et, c'est là que se trouve le problème ; étant donné les experts inscrits sur la liste de la Commission Nationale des Accidents Médicaux sont tous des professionnels de santé. En tant que tel, l'expert peut aussi à son tour être partie à un recours en Indemnisation. Cela pose donc problème vis-à-vis de son indépendance.

Dans certains cas, l'expert et le professionnel de santé, qui est partie au procès sont représenté par le même assureur. On peut donc constater que face à une telle situation la victime sera lésée. Et, il se peut que face à de telles situations, elle ne puisse pas être indemnisée.

- ***L'inexistence de l'unification des seuils d'indemnisation :***

L'indemnisation obéit à deux fondements. La première est celle de la réparation en totalité. Tandis que la seconde a trait à la libre évolution. D'après Maître Bénédicte Papin; s'il advenait que les proportions d'indemnisation soient unifiées; cela contredirait ces deux fondements sus-évoqués.

Il faut admettre qu'aucune part de subjectivité ne peut être prise en considération. Pourtant, chaque personne ressent par exemple la souffrance différemment. Chacun ayant des ressentis différents face à chaque préjudice. Plus concrètement au-devant des situations dans lesquelles le dommage les amène. Les victimes solvables peuvent payer d'autre personne pour les aider. Ainsi, leur dommage sera donc ressenti autrement que par la personne insolvable qui n'avait pas pu payer quelqu'un. Néanmoins, si un seuil d'indemnisation unifié est imposé, cette situation n'aurait plus de raison d'être.

Il en est également ainsi de la libre évolution de la réparation. L'indemnisation attribuée à une victime d'il y a dix ans ne peut être comparable à celui alloué après

quarante ans. En instaurant un barème, ce problème n'aurait plus lieu d'être, car l'on procédera à la banalisation de l'indemnisation.

Toutefois, il existe auprès de la Commission, une véritable obligation d'unifier les indemnisations. Ceci permettrait, en effet, que l'évaluation des préjudices se fasse sur la même base dans toutes les commissions de France.

Par ailleurs, les victimes qui n'ont pas de représentant pourront s'y conformer pour négocier leur indemnisation.
D'autant plus que l'indemnisation est établie suivant des critères subjectifs non estimables. De plus, les commissions accordent l'indemnisation différemment selon la nature des préjudices. C'est pourquoi le préjudice esthétique n'est par exemple pris en charge que dans un coin de la France et pas autre part. C'est là tout l'intérêt de l'unification.

De nos jours, des repères existent, mais ils sont plusieurs, ce qui empêche l'uniformisation. Ce qui laisse à penser que les assureurs profitent du manque de connaissance procédurale des victimes en leur proposant une somme élevée établie sur des bases qu'ils prétendent d'origine jurisprudentielle.
En ce cas, la victime devra être suivie par un professionnel comme un avocat pour le conseiller en tout temps. C'est toutefois contraire à l'esprit de la commission qui prône la gratuité et la rapidité de la procédure. Il faut y remédier en procurant des armes aux victimes.

Section 2 : La CCI un recours à améliorer :

Des propositions en vue de performer la procédure ont déjà été proférées. Elles ont pour but d'offrir à la commission de véritables droits de conciliation. Par ailleurs, elles instaurent une véritable uniformisation des normes d'indemnisation. Néanmoins, il apparaît obligatoire d'élargir la prévention pour éviter le plus que possible les fautes médicales et les accidents.

Paragraphe 1 : L'amélioration de la phase de conciliation :

- ***La faiblesse de la procédure en conciliation :***

Une véritable procédure en conciliation a été établie par la loi du 4 mars 2002 et la compétence a été octroyée à la commission de conciliation et d'indemnisation. En 2002, ladite commission a reçu des compétences au sujet de la conciliation de l'ancienne commission incompétente au niveau des établissements de santé. Il est vrai qu'elles étaient trop dépendantes pour pouvoir bien accomplir leurs rôles. Des documents ont établi le besoin de partager les fonctions d'information des patients et de la reconnaissance des droits au sein des établissements, des fonctions précontentieuses. La loi Kouchner en a fait la différence. Elle a offert les fonctions d'information des patients et la reconnaissance des droits à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Tandis que les fonctions précontentieuses ont été attribuées à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation. Néanmoins, le décret du 3 mai 2002[41] a offert le droit à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation d'attribuer la fonction de conciliation aux Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité. C'est assez illogique. En définitive, l'établissement devient juge et partie. Ce qui lui enlève son impartialité. Des suretés auraient dû être fournies par le gouvernement de manière à ce que la délégation puisse bien se passer. Pourtant celles-ci ont fait défaut et ne sont pas manifestées par le décret du 2 mars 2005[42].

En pratique la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge et les établissements ont rarement recours à des personnes extérieures pour opérer la conciliation des parties. C'est un véritable problème pour la reconnaissance des prérogatives.

La quasi-absence des recours en conciliation devant les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation comparés aux recours en indemnisation est étonnante. Étant

[41] Décret N°2002-886 du 03 mai 2002 relatif au Commission régional de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales.

[42] Décret 2005-213du 02 Mars 2005 relative à la CRUQPC Journal officiel 04 mars 2005

donné qu'il n'existe aucune exigence de seuil de gravité pour déclencher la procédure des conciliations. Cependant, les résultats des procédures déclenchées ont rarement pu parvenir à un accord partiel ou total.

Par ailleurs, la procédure en conciliation est ouverte aux victimes lorsqu'elles ont été rejetées en raison du seuil imposé par la commission régionale de conciliation et d'indemnisation. La conciliation intervient alors en seconde phase alors même qu'elle avait été prévue pour la phase initiale de la procédure.

Elle devient selon Monsieur Blanco, une procédure « par défaut »[43]. Les assureurs et les professionnels de santé préfèrent sauter cette phase. Ainsi, il n'y a pas de conciliation en raison de l'interdiction de la pratique gracieuse. Il est déplorable que cette procédure ait été supprimée et il aurait été mieux de l'améliorer. Il est en effet essentiel d'empêcher le fait que la procédure de conciliation ne soit que secondaire. Il faut lui redonner le premier rang.

- ***La mise en valeur de la procédure de conciliation :***

La procédure en conciliation a beaucoup d'avantages. Il est vrai que par la conciliation les parties peuvent prétendre à un véritable rôle dans l'accord trouvé. Par ailleurs, il s'agit de l'unique procédure amiable ouverte aux victimes d'accidents médicaux, peu importe leurs préjudices. Toutefois, il faut l'accord de tous dans la discussion. Malheureusement, les assureurs donnent rarement leurs accords puisqu'ils ne retiennent pas assez de bénéfice à procéder à la conciliation. La procédure n'est bénéfique qu'en cas de préjudices importants ayant trait à une faute dont l'existence est incontestable. Ce cas est très rare en matière de procédures en droit médical. Néanmoins, l'assureur peut trouver des avantages à cette procédure. Elle lui accorderait la connaissance de la somme qu'il devra verser annuellement aux victimes. En trouvant un accord sur l'indemnisation il pourrait soumettre une somme plafond de l'indemnisation préjudices. Il pourra alors prévoir ses dépenses, alors que s'il laissait la décision au juge, aucune anticipation ne serait possible.

[43] BLANCO Florent, la loi du 04 Mars 2002 er commission régionale de conciliation et d'indemnisation p 285

Il serait alors avantageux de primer la procédure de conciliation afin de permettre aux parties de véritablement s'exprimer en vue de la résolution.

D'après madame Dominique THOUVENIN, avant de saisir la commission: *« la victime devrait présenter une réclamation en indemnisation auprès de l'assureur du professionnel et/ou de l'établissement de santé et l'assureur aurait l'obligation de donner sa réponse dans un certain délai. Si la réponse est positive, il y aurait transaction »*.

La conciliation serait, en ce cas, la première phase obligatoire au règlement d'un conflit ; et le recours à la commission régionale de conciliation et d'indemnisation ne viendrait qu'en second. Ce n'est que de cette manière que cette procédure pourrait être estimée.

La conciliation peut en effet donner lieu à des transactions. Il s'agit d'une convention comportant les concessions établies entre les parties. Elles ont autorité de la chose jugée. En fait, la transaction énonce des obligations réciproques et interdépendantes entre les parties.

La convention peut être établie sous seing privé ou par acte authentique en vertu de laquelle la ou les parties, choisissent d'abandonner, tout ou partie de ses revendications pour mettre fin au litige qui les oppose.

En outre, Monsieur Blanco propose deux solutions pour redonner de la valeur à la procédure. La première consiste à conditionner la procédure en conciliation au refus préalable de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation.
Cette solution serait possible après la révélation de l'expertise menée sur les dommages subis par la victime. En ce cas, la commission pourrait présenter la conciliation aux parties en leur expliquant les avantages. La conciliation devrait, par ailleurs, laisser à un seul médiateur pour permettre la différenciation entre les deux procédures.

La seconde solution proposée par l'auteur est celle de concevoir un organisme qui soit indépendant à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation et aux établissements de santé ; et qui se chargerait uniquement de cette étape de la procédure.

Elle pourrait être située entre la région et l'établissement afin d'atteindre plus la victime sans pour autant détruire l'impartialité de la procédure. L'entité aurait pour mission de concilier, mais également d'arbitrer en cas d'échec de la première.
La médiation est un moyen de résolution des litiges. Elle consiste à guider les parties et à quérir l'avis du médiateur. Le médiateur invitera les deux parties à s'exprimer à l'opposé du conciliateur qui peut traiter une affaire à partir des prétentions d'une seule des parties.

La conciliation consiste donc dans l'intervention du conciliateur de justice, qui, après avoir analysé les prétentions respectives des parties, leur présente une solution pour régler leur litige[44]. Elle peut régler amiablement les litiges de faible importance.

Néanmoins, malgré le fait que l'on permette aux parties de procéder à une conciliation, rien n'assure leur bonne volonté. Certaines pourraient espérer passer au jugement et notamment une expertise, plutôt que de se voir obligé. Pourtant, la conciliation assure le droit de parole en permettant des concessions réciproques entre les parties dans la reconnaissance de leur préjudice. La procédure permet également l'encombrement de la justice.

Paragraphe 2 : L'appui apporté au système de prévention des risques contre la santé :

- ***Une prévention liée à l'information préalable de la victime :***

Bernard Kouchner avait dit : *"Quand on connaît sa maladie, quand on sait ce qu'on vous propose, quand on a discuté avec le médecin, on guérit mieux*"

[44] Source : http//www.économie.gouv.fr

Outre la question de l'amélioration des procédures, les procédures de l'éviction sont également remises en doutes. La négligence médicale peut justifier une plainte. Celle-ci peut avoir pour origine un acte médical, mais également l'absence de compréhension et donc d'attention envers le patient.

La Loi du 4 mars 2002 en a apporté une réforme. En renforçant la responsabilité du médecin d'informer le patient et de lui fournir des explications sur l'ensemble tous les gestes qu'il va opérer sur sa personne, afin d'obtenir son véritable accord. La loi a également prévu le droit pour le patient d'accéder à son dossier médical à sa demande. Cette loi s'applique sur la transmission du dossier médical. Mais, des établissements prennent du temps à s'y conformer.

Par contre, dans plusieurs plaintes, on constate que les patients veulent agir pour comprendre ce qui s'est passé et pour obliger le médecin à assumer ses erreurs. Les médecins n'incluent pas nécessairement le patient à la prise de décisions. C'est pourquoi, lorsqu'un accident médical survient, le patient refuse d'assumer les conséquences de l'erreur d'un homme, qui, ayant pris la décision seul, devrait être le seul responsable des méfaits. Ainsi, l'action en responsabilité est une voie qui s'ouvre aux victimes afin de responsabiliser l'établissement, qui les a pris en charge, ainsi que le médecin. C'est aberrant d'en arriver là étant donné que la discussion aurait pu prévenir cette situation.

Par ailleurs, plusieurs problèmes liés aux infections nosocomiales peuvent être évités avec l'information du patient. En sachant les gestes de prévention et de prise en charge, le patient peut ainsi participer pour la bonne réalisation des opérations. Lesdites gestes peuvent consister à se nettoyer correctement la peau ou à ne pas fumer, etc.

- ***la prévention de la santé, un souci d'ordre public :***

La prévention est une norme de sécurité sanitaire. La sécurité sanitaire est récente puisqu'il date de 1993. Ce terme a été employé en premier par la loi du 4 janvier 1993. Il s'agissait d'aménager des normes pour permettre la prévention et la gestion des risques sanitaires. Ce sont les produits sanguins et des médicaments qui ont à l'origine fait l'objet de la sécurité sanitaire. Cela a ensuite été étendu, mais vers tous les risques sanitaires ayant un lien avec la santé.

Son champ s'est d'autant plus élargi avec la crise de la vache folle, car la sécurité sanitaire s'est alors aussi appliquée aux produits alimentaires (en vertu de la loi de 1998), pour couvrir l'ensemble des risques issus de produits de consommation. Ladite loi avait institué l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments. L'Institut se charge de la surveillance de la santé des gens, ainsi que l'analyse des risques causés par les produits et l'environnement. La sécurité sanitaire de nos jours détient des agences spécifiques qui prévoient et gèrent les risques. C'est ainsi qu'ont vu le jour, l'Agence Européenne du Médicament ou l'Autorité Européenne de Sécurité alimentaire.

La France a donc prévu différentes normes pour prévenir la sécurité sanitaire grâce à l'amplification des évaluations. Ces évaluations permettent de répertorier les risques. Cette étape préalable conditionne la gestion des risques. Il a fallu également confronter les divers procédés de gestion des risques pour pouvoir trouver la plus adéquate.

C'est en ce sens qu'il a été créé des réseaux de surveillance des infections. D'autres études ont autorisé l'évaluation des pratiques thérapeutiques et professionnelles, ainsi que la qualité hospitalière. Ce qui a donné lieu à un véritable système de surveillance épidémiologique et un dispositif de vigilance sanitaire. La sécurité sanitaire a aussi accédé à une place primordiale au niveau des textes de Loi.

C'est ainsi que l'article L. 6111-2 du code de santé publique prévoit en son premier objectif, la prévention des infections nosocomiales auprès de tous les centres hospitaliers. Ils sont dès lors obligés d'élaborer en tout temps des moyens pour améliorer de la qualité de leur soin et la gestion des risques.

Néanmoins, il faut savoir que les évaluations ne sont pas tout à fait exactes, et parfois, les risques peuvent être science inévitable. C'est la raison pour laquelle, la relation entre le bénéfice et le risque est devenue importante au niveau de la réalisation des plans de sécurité sanitaires.
Il est vrai qu'en médecine, toute action peut donner lieu à des risques. Néanmoins, elle peut l'action peut-être légale du moment que les avantages excèdent les risques encourus.

Le médecin a l'obligation d'éviter tout risque inutile au patient. C'est le principe de « proportionnalité ». Ce qui signifie que tous les actes du médecin doivent être proportionnels au but attendu de manière à ne pas détériorer l'état d'un patient, tel qu'il a été prévu par l'article L. 1110-5 du code de santé publique.

L'accomplissement de cette politique sanitaire a besoin d'une action étatique de plus grande d'envergure. Les agents de contrôle de l'État ont également de grandes missions. Ils doivent veiller au respect de la Loi, mais peuvent aussi prodiguer des sanctions en cas de faute, pour que les règles soient mieux apposées.
Pour réussir leurs missions, ils bénéficient de grands pouvoirs telle la prérogative générale d'accès à l'information médicale. Ainsi, lors que leur mission le nécessite, les agents de contrôle de l'État peuvent par exemple emporter des échantillons pour analyses biologiques.

Ainsi, il existe déjà un large éventail de prévention. Néanmoins, il y a encore des progrès à réaliser, étant donné la prépondérance des scandales sanitaires sévissent aux yeux des patients. Toutefois, il ne faudrait parvenir à mieux prévenir, sans en arriver à effrayer pour autant les gens.

Les exemples typiques des pilules de troisième génération et de la grippe H1N1 nous avertissent sur les désastres que peuvent engendrer des excès de prudence.

Sans la vaste campagne de prévention menée par le ministre de la Santé Roslyne BACHELOT, on aurait été dans l'impossibilité d'établir la proportion des contaminations au moment de l'épidémie de grippe. Néanmoins, des personnes pensent que la politique a été disproportionnelle au risque encouru.

C’est également le cas, de la crainte nourrit à l’encontre des pilules de troisième génération. L'alarme a créé une croissance importante du nombre d'avortements provoqués par un arrêt brutal de la contraception. L'interruption de grossesse, qui est portant un risque important, n’a été précisée par les autorités. L'action a juste fait référence au risque d'embolie pulmonaire.

Finalement, le risque zéro étant impossible, le rapport entre « bénéfice et risque » doit toujours être pris en compte dans l'accomplissement des politiques de prévention.

Paragraphe 3 : La normalisation des règles relatives à la réparation :

- ***la réforme de la procédure pour un meilleur accès à l'indemnisation :***

Une modification de la procédure de la Commission de Conciliation et d’Indemnisation est indispensable afin de restituer un équitable accès à l'indemnisation.

Le premier revers de la modification concernera l'expertise. Des lignes directives ont été instituées afin de résoudre les distorsions existantes entre les principes et la pratique. Les associations de patients ainsi que des avocats veulent que la Commission nationale des accidents médicaux instaure une liste publique des situations de chaque expert médical (assurance, lien syndical). La liste doit être portée à la connaissance des victimes ou des médecins. De sorte qu’un expert est trop dépendant, puisse être révoqué.

Par ailleurs, le changement au niveau du domaine de l'expertise devra concerner la réalisation d’une grille unique précisant qui détermine le taux d'atteinte. La nomenclature DINTHILAC est très pratiquée, mais elle manque de précision dans sa description des préjudices. C’est la même pour la CNAMED, qui est, par ailleurs, dépourvue de valeur juridique.

Enfin, chaque expertise devrait être délocalisée et non faite par des médecins de la Local. Cette disposition est plutôt bien suivie devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, mais il faut de la permanence.

Toutefois, il faudrait reformer les conditions de prise en charge des parties qui doivent se déplacer sur les lieux de l'expertise. En effet, le législateur exige le déplacement des experts, malgré le fait que cela risque d'accroitre la pénurie d'experts. Sinon, le nouveau texte devrait prévoir les coûts de trajets pour les personnes les plus démunies physiquement ou pécuniairement. Il pourrait être prévu un remboursement de la part de la sécurité sociale, sur demande du médecin traitant, si la personne dans l'impossibilité de se déplacer en raison de son état de santé. C'est déjà réalisable, mais seul un petit nombre de médecins l'acceptent. Ils manquent de sensibilisation.

Par ailleurs, il faudrait allouer des aides au transport aux personnes ayant des revenus en dessous d'un seuil à établir. De cette façon l'expertise serait plus juste.

Ensuite il faut abaisser les seuils de recevabilité des dossiers pour venir en aide à certaines personnes très lésées. Il a été démontré qu'environ 65 % des demandes déposées à la commission évoquent un taux d'incapacité permanente partielle de moins de 25 %. Ce qui justifie le rejet de la plupart d'entre elles. Toutefois, 46 % des demandes présentent un taux inférieur à 10 % d'incapacité permanente partielle, ce qui veut dire qu'à peu près 19 % des dossiers ont un taux d'incapacité permanente partielle entre 10 et 25 %[45] . Ces derniers supportent un préjudice journalier plus ou moins important et ils sont plusieurs alors qu'ils n'ont pas accès à la voie amiable.

Il faudrait alors reformer le taux d'incapacité permanente partielle imposé sans modifier la politique de l'ONIAM, qui ne rembourse que les préjudices graves. Les associations voudraient que le taux de remboursement soit augmenté afin de permettre à personnes, atteintes de dommages moins graves, mais handicapants, d'être indemnisés. Notamment ceux ayant un taux d'incapacité permanente partielle de 15 %.

[45] Selon les données de l'observatoire national des accidents médicaux

En effet, il n’est pas commun d’avoir un taux d'incapacité permanente partielle de 15 %, car c’est invalidant. Étant donné qu’une personne peut changer de vie si les déplacements sont douloureux ou encore que la capacité de se servir soit réduite. Le préjudice ne peut se résumer à la perte d’un membre familial.

D'autres seuils ont été additionnés afin de conditionner la recevabilité des dossiers. Il en est ainsi du Déficit fonctionnel temporaire. Mais il reste encore aléatoire.

Il faut réellement concevoir un concept particulier d'appréciation de ce préjudice, car la nomenclature DINTHILAC manque encore de précision, en ce qui concerne la détermination de son taux. Il s’avère alors délicat, pour la commission, de se prononcer sur ce seuil, sans requérir l'avis préalable d'un expert.

Étant donné que l'évaluation de l’incapacité temporaire de travail crée des divergences de traitement très importantes entre et les travailleurs indépendants ou avec les retraités et les salariés à cause du taux d'incapacité permanente partielle trop élevé. Il faudrait permettre aux personnes présentant de véritables difficultés d'être accompagnées ou par un médecin-conseil ou un avocat.

Pour y parvenir, une aide d’ordre juridictionnelle devrait être attribuée à ces personnes, lors qu’elles se trouvent dans l’impossibilité de payer. Madame Claude RAMBAUD, présidente du Comité interassociatif sur la Santé, propose qu'un fonds financé par la taxe sur les assurances médicales soit prévu au sein de l'ONIAM.

- ***l'égalité des victimes face à l'indemnisation :***

Afin que l’égalité à l'indemnisation soit effective, il est important d’octroyer une force à une norme unique des préjudices corporels. Il s’agit alors de parler, non pas de l'égalité géométrique, mais plutôt de l'égalité proportionnelle. Ainsi, faut-il la situation de chacun afin que l'indemnisation soit la plus équitable.

Ainsi, il faut prévoir une indemnisation à la hausse s'il advenait que celle offerte par le référentiel ne recouvre pas l'ensemble du dommage subi. Il est aussi possible de concevoir une table de capitalisation officielle qui serait révisable. Une commission nationale de l'indemnisation du dommage corporel pourrait être instituée afin de prendre en charge de la cohésion et la clarté du système. De nos jours, les décisions des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation sont disparates. D'importantes divergences existent. La nouvelle entité aurait pour mission d'y remédier.

En effet, elle serait placée sous l'égide du Ministère de la Justice et aurait comme président un conseiller d'État ou un conseiller à la Cour de cassation.

Les membres doivent être formés par l'ensemble des acteurs de l'indemnisation pour garantir son indépendance et sa légitimité.
C'est elle qui a pour mission d'établir les normes unifiées à la demande des associations. Elle pourra s'occuper de l'annonce des décisions des commissions et des avances d'indemnisation tout en les masquant si besoin. Ces dispositions obligeront les diverses parties à s'accorder.

Conclusion :

Le recours en indemnisation devant la Commission de Conciliation et d'indemnisation a été complètement facilité par la loi du 4 mars 2002, dites la loi de Kouchner. Elle a permis à de nombreuses victimes qui ont subi des préjudices suite à une faute médicale ou à un aléa thérapeutique de se faire indemniser. En effet, la procédure devant la commission est

caractérisée par sa gratuité et sa rapidité. Cette procédure est d'autant plus facilitée par l'intervention de l'homme de l'art.

En effet, l'expertise tient un rôle de la plus haute importance lors de la procédure en indemnisation devant la commission. L'intervention de l'expert permet d'élucider certains points du dossier que la victime ne pourrait elle-même expliquer. De plus, l'expert par ses constatations faites durant l'expertise permet également à la commission de rendre un avis plus équitable mettant en avant les droits de la victime. Étant donné que cette dernière est la plus lésée dans ce recours.

Toutefois, il arrive que les conclusions faites par l'expert bafouent totalement les droits de la victime ; étant donné que la plupart des personnes qui sont choisies pour procéder à une expertise sont des professionnels de santé encore en exercice et même qu'ils peuvent appartenir à la même compagnie d'assurance et de ce fait représenté par la partie défenderesse au recours. Face à une pareille situation, la victime n'aura aucune chance.

Alors serait-il possible qu'un jour les victimes bénéficient des mêmes prérogatives que celles octroyées soit à l'assureur ou au praticien.

Bibliographie :

Ouvrages :

- SAVATIER René, le progrès de la science et le droit de la preuve, Travaux de l'association Henri Capitant pour la culture juridique française, t. VII, 1952

Documents

- C. Caille, *la notion de faute au regard de la loi sur l'aléa thérapeutique,* Tribune de l'Assurance, mai 2002.

- BLANCO Florent, la loi du 04 Mars 2002 1er commission régionale de conciliation et d'indemnisation

- *L'indemnisation, par voie amiable des victimes d'accidents médicaux : faut-il reformer la loi Kouchner ?,* 27 mai 2009, Paris. Actes du colloque

Textes

- Code de la santé publique

- Décret n°2011-76 du 19 janvier 2011

- Décret 2005-213du 02 Mars 2005 relative à la CRUQPC Journal officiel 04 mars 2005

- Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
- Décret N°2002-886 du 03 mai 2002 relatif au Commission régional de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales.
- Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatifs au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Webographie :

- CNAMed (Commission Nationale des Accidents Médicaux) –Partenaires- Ministère des Affaires sociales et de la santé ; http//social-sante.gouv.fr
- http://www.jurisques.com
- http://www.perier-avocat.fr
- Indemnisation des dommages causés par les infections nosocomiales – MACSF Exercice professionnel. Source : https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr

- Le rôle des Commissions de Conciliation et D'Indemnisation en cas de dommage consécutif à un acte de prévention, de diagnostic et de soins. Source : www.aredoc.com

- www.ars.bretagne.sante.fr

- www.oniam.fr

Tables des matières :

INTRODUCUTION 1

CHAPITRE I : LE RECOURS A L'EXPERTISE EN CCI : 3

Section 1 : Notion de la CCI : 3

Paragraphe 1 : Cadre légal : 3

- Mission : 3
- Composition : 5
- La saisine : 6
- L'analyse du dossier : 7

Paragraphe 2 : Procédure : 8

- L'expertise médicale : 8
- L'audience : 9
- L'avis : 9

Section 2 : La CCI un recours novateur concernant l'égalité de droit : 10

Paragraphe 1 : L'égalité de droit entre les victimes : 10

Paragraphe 2 : La CCI, un recours égalitaire entre les parties : 13

Chapitre II : Les limites de la CCI : 15

Section 1 : Les points faibles de ce recours : 15

Paragraphe 1 : Les inconvénients relatifs à la procédure : 15

- Les disparités dégagées de la législation : 15
- Les disparités dégagées dans les manières de procédé : 19

Paragraphe 2 : Les inconvénients relatifs à l'indemnisation : 20

- Les inégalités relevées lors de l'évaluation du préjudice : 20
- L'inexistence de l'unification des seuils d'indemnisation : 21

Section 2 : La CCI un recours à améliorer : 22

Paragraphe 1 : L'amélioration de la phase de conciliation : 22

- La faiblesse de la procédure en conciliation : 22
- La mise en valeur de la procédure de conciliation : 23

Paragraphe 2 : L'appui apporté au système de prévention des risques contre la santé : 25

- Une prévention liée à l'information préalable de la victime : 25
- la prévention de la santé, un souci d'ordre public : 26

Paragraphe 3 : La normalisation des règles relatives à la réparation : 27

- la réforme de la procédure pour un meilleur accès à l'indemnisation : 27
- l'égalité des victimes face à l'indemnisation : 29

Conclusion 31

Bibliographie 32

Tables des matières : 34