

RÉÉDITION 2019

GUIDE PRATIQUE



La gestion des plaintes en établissements de santé

Collection Sham



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

une société du groupe relyens



Le Conseil Médical Sham

Sa composition*

Le Conseil Médical regroupe des experts de terrain, représentant les spécialités dites «à risques», issus de différents secteurs :

- ▶ **Dr Jean-Claude DUCREUX** (Président),
Médecin Anesthésiste Réanimateur
et médecin légiste, Roanne
- ▶ **Dr André BOIBIEUX**
Infectiologue, Lyon
- ▶ **Dr Jean-Jacques LALAIN**
Orthopédiste, Lyon
- ▶ **Pr Jean-Nicolas MUNCK**
Cancérologue, Saint-Cloud
- ▶ **Dr Jacques RAGNI**
Anesthésiste réanimateur, Marseille
- ▶ **Dr Georges VIGUIER**
Gynécologue-Obstétricien, Aix-en-Provence

Ainsi que des experts juristes et médecins de Sham :

- ▶ **Dr Richard DEVIDAL**
Médecin-Conseil
- ▶ **Dr Frédéric FUZ**
Directeur du Département Gestion des
risques (Sham Espagne)
- ▶ **Marianne HUDRY**
Responsable Juridique

Sa mission

Produire des informations et formuler des recommandations en matière de gestion des risques avec pour ambition de sécuriser les pratiques des établissements et des professionnels de santé.

Les recommandations du Conseil Médical sont élaborées à partir :

- ▶ des constats réalisés lors des visites de risques menées par Sham,
- ▶ de l'analyse des sinistres gérés par Sham.

Depuis 2006, les travaux ont portés sur :

- ▶ l'obstétrique,
- ▶ le bloc opératoire,
- ▶ la chirurgie orthopédique,
- ▶ les urgences.

Ces recommandations sont publiées, chaque année, dans le Panorama Sham.

* Composition du Conseil Médical Sham en 2011



Dr Frédéric FUZ,

Directeur du Département Gestion des risques (Sham Espagne)



Cette année, les travaux du Conseil Médical ont été menés en collaboration avec les juristes Sham.

Éditer un guide de la gestion des plaintes en établissements de santé, c'est tenter de répondre aux attentes des professionnels de santé, souvent démunis lorsqu'ils sont impliqués dans un contentieux.

En effet, ce guide, qui se veut à la fois pratique et synthétique, doit permettre à tout personnel concerné de près ou de loin par une plainte d'un patient de mieux comprendre le contexte juridique dans lequel il évolue et, surtout, le rôle qu'il sera amené à jouer dans le cadre de procédures souvent complexes.

Bonne lecture à tous ! >>>



Ce guide est une édition Sham.
Date de création : novembre 2011
Mise à jour : juin 2019
Rédaction : Conseil Médical Sham
Crédit photos : Romain Étienne/Itemcorporate - Istock Photos
Réalisation : EKNO
Impression : Brailly (69)
Diffusion : 4 000 exemplaires
Copyrights Sham

Destiné aux professionnels des établissements de santé

Ce guide a été rédigé par le Conseil Médical de Sham dans le but d'éclairer les professionnels de santé impliqués dans un contentieux et d'accompagner les différents intervenants dans la gestion d'une plainte (Direction, CRUQ, médecin médiateur...).

Grâce à cet outil qui se veut pratique et synthétique, tout personnel concerné de près ou de loin par une plainte d'un patient sera à même de comprendre le contexte juridique dans lequel il évolue et, surtout, le rôle qu'il sera amené à jouer dans le cadre de procédures souvent complexes.

Pour faciliter la compréhension du guide, les abréviations et notions juridiques utilisées sont définies en annexes.



Sommaire

1.0 LES RESPONSABILITÉS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1.1	Responsabilités civile et pénale : les fondamentaux	7
1.2	La responsabilité civile médicale	8
1.2.a	Qui est civilement responsable ?	8
1.2.b	De quoi est-on civilement responsable ?	8
1.3	La responsabilité pénale médicale	11
1.3.a	Qui est pénalement responsable ?	11
1.3.b	De quoi est-on pénalement responsable ?	12
1.4	L'indemnisation par l'ONIAM	14
1.4.a	L'aléa thérapeutique anormal et grave	14
1.4.b	Les infections nosocomiales graves	14
1.4.c	Les autres dispositifs spécifiques d'indemnisation	14

2.0 LA GESTION DES PLAINTES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

2.1	L'annonce du dommage	17
2.1.a	Le dispositif d'information	17
2.1.b	La traçabilité de l'information	19
2.2	La gestion de la plainte sans demande indemnitaire	20
2.2.a	La gestion « informelle »	20
2.2.b	La gestion en CRUQ	20
2.3	La gestion de la plainte assortie d'une demande indemnitaire	22
2.3.a	La gestion amiable	22
2.3.b	La procédure de règlement en CCI	23
2.3.c	La procédure judiciaire	25

3.0 ANNEXES

3.1	Abréviations	30
3.2	Glossaire	31
3.3	Dommages associés aux soins : qui indemnise la victime ?	32
3.4	Dommages associés aux soins : mesures conservatoires	33
3.5	Déclaration de sinistre : l'indispensable pour l'assureur	34



1.0 Les responsabilités en établissements de santé



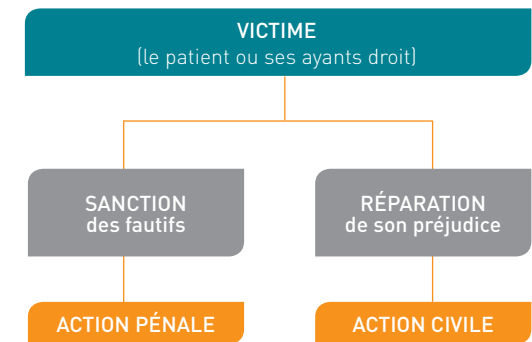
1.1 Responsabilités civile et pénale : les fondamentaux

L'exercice de la médecine en établissement de santé est susceptible d'entraîner diverses responsabilités juridiques tant pour l'établissement que pour les professionnels de santé.

En cas d'incident dommageable, le patient (ou ses ayants droit en cas de décès) peut, selon l'objectif qu'il poursuit, rechercher deux types de responsabilités (l'une, l'autre ou les deux).

► La **responsabilité pénale** des personnes dont le comportement fautif est à l'origine du dommage et ce, afin d'obtenir des **sanctions**. Concrètement, la victime va porter plainte auprès des services de police ou de gendarmerie afin de déclencher une enquête dirigée par le Procureur susceptible d'aboutir à une mise en examen par le juge d'instruction, puis à une condamnation par le tribunal : peine d'emprisonnement (avec sursis généralement) et/ou d'amende.

► La **responsabilité civile** de l'institution ou de la personne « civilement responsable » et ce, afin d'obtenir une **indemnisation**. Concrètement, la victime va user des différentes voies de recours à sa disposition (demande amiable, saisine de la CCI, saisine des tribunaux judiciaires ou administratifs) afin que le responsable lui verse des dommages-intérêts.



🔍 Contrairement à la responsabilité pénale qui atteint directement chacune des personnes fautives et ce, quel que soit leur statut (agent public, salarié, libéral), la responsabilité civile n'atteint que celui qui est désigné comme étant « civilement responsable » de la personne fautive. Le « responsable-auteur » (celui qui cause le dommage) peut ne pas être le « responsable - débiteur » (celui qui est tenu de réparer le dommage).

Ex. : responsabilité civile de l'employeur du fait de ses salariés et agents, responsabilité civile des parents du fait de leurs enfants...

	ACTION PÉNALE	ACTION CIVILE	
		CONTRE UN PROFESSIONNEL OU UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ	CONTRE UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ
OBJET	Sanction des fautifs	Indemnisation de la victime	
AUTEUR DE L'ACTION	Le parquet (Procureur)	La victime	
COMPÉTENCE	Juge répressif (Tribunal de police, tribunal correctionnel, Cour d'Assises)	Tribunal de Grande Instance (TGI)*	Tribunal Administratif
		Cour d'Appel	Cour Administrative d'Appel
		Cour de cassation	Conseil d'État
DÉLAI DE PRESCRIPTION DE L'ACTION	Contraventions : 1 an Délits : 6 ans Crimes : 20 ans	Actes de prévention, diagnostic ou soins : 10 ans à compter de la consolidation du dommage.	

*Le TGI change de dénomination à compter du 1^{er} janvier 2020 pour s'appeler Tribunal Judiciaire

1.2 La responsabilité civile médicale

1.2.a Qui est civilement responsable ?

En cas d'incident dommageable, le « civilement responsable » diffère selon le statut du professionnel en cause (agent public, salarié ou libéral).

En établissement public de santé


Les agents publics (titulaires et contractuels) ne sont pas civilement responsables des dommages qu'ils causent à l'occasion de leur activité professionnelle. C'est l'établissement public employeur qui assume cette responsabilité indemnitaire vis-à-vis des victimes. En pratique, c'est l'assureur de responsabilité civile de l'établissement qui va verser l'indemnisation aux victimes si la responsabilité de son assuré est reconnue (cf. 1.2.b.).

Une seule exception à cette règle : en cas de « **faute personnelle** », l'agent public peut voir sa responsabilité civile engagée. En matière médicale, une faute est qualifiée de personnelle lorsqu'elle révèle un « *manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel ou déontologique* ».

En pratique, la faute personnelle en établissement de santé n'est retenue que très rarement par la jurisprudence.

Ont notamment reçu la qualification de faute personnelle :

- la fuite d'un médecin lors d'un incendie au bloc opératoire laissant sa patiente anesthésiée sur la table d'opération ;
- le refus d'un obstétricien d'astreinte de se déplacer pour pratiquer une césarienne en urgence alors même qu'il avait pleinement conscience de la situation de danger imminent ;
- le silence gardé par un chef de service sur une erreur d'injection commise par un médecin de son service ayant provoqué un choc sceptique grave.

 Lorsque la faute personnelle « *n'est pas dépourvue de tout lien avec le service* » (manquement volontaire et inexcusable commis à l'occasion des fonctions notamment), la victime peut valablement engager la responsabilité civile de l'établissement employeur afin d'obtenir réparation, à charge pour l'établissement d'obtenir, auprès de l'agent ayant commis la faute personnelle, le remboursement des sommes versées.

Enfin, lorsqu'un praticien hospitalier agit dans le cadre de son **activité libérale à l'hôpital**, il engage sa seule responsabilité civile, l'hôpital ne pouvant être mis en cause qu'en cas de défaillance du matériel ou du personnel soignant mis à sa disposition.

En établissement de santé privé

Deux situations doivent être distinguées :

- le **praticien est salarié** de l'établissement : comme l'agent public, il n'encourt une responsabilité civile individuelle que s'il commet un « abus de fonction », l'établissement employeur étant civilement responsable des fautes de ses préposés. Le salarié commet un abus de fonction lorsqu'il agit à des fins étrangères à ses attributions sans autorisation de son employeur ;
- le **praticien exerce à titre libéral** : il engage nécessairement sa responsabilité civile personnelle, l'établissement n'étant responsable que de l'organisation des soins.

1.2.b De quoi est-on civilement responsable ?

Le régime de la responsabilité civile médicale a été modifié par la loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.

Selon l'article L.1142-1 du code de la santé publique, issu de cette loi, la responsabilité civile ne peut en principe être engagée au titre d'un acte de prévention, diagnostic ou soins, que dans l'hypothèse où une faute est à l'origine du dommage (régime de **responsabilité pour faute**).

Deux exceptions sont toutefois prévues par les dispositions précitées. La première, relative aux infections nosocomiales, ne concerne que les personnes morales, alors que la seconde, relative aux produits de santé, concerne aussi bien les personnes physiques que les personnes morales : dans ces deux cas, c'est un régime de responsabilité sans faute qui s'applique.


Les dommages fautifs

Toute **faute** à l'origine d'un dommage pour le patient est source de responsabilité civile (faute de

diagnostic, faute technique, défaut d'information, défaut de surveillance, défaut d'organisation du service...).

Dans ce cas, il appartient au patient de démontrer :


- la faute ;
- son dommage ;
- le lien de causalité entre la faute et son dommage.

 S'agissant des actes de soins courants relevant du rôle propre des infirmiers, la jurisprudence administrative (applicable aux seuls établissements publics) a institué une présomption de faute de sorte que « *les conséquences dommageables, lorsqu'elles sont sans rapport avec l'état initial du patient, sont présumées révéler une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service* ».

Les infections nosocomiales (IN)

En cas d'infection nosocomiale, la responsabilité civile de l'établissement de santé est engagée **en l'absence de toute faute**², le patient n'ayant qu'à démontrer la réalité de son infection et le lien de causalité entre cette dernière et son hospitalisation. Seule la preuve d'une cause étrangère permet d'exonérer l'établissement.

Précisons toutefois que si l'infection nosocomiale entraîne chez le patient une **Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique (AIPP) supérieure à 25% ou son décès**, la solidarité nationale intervient *via* l'ONIAM pour prendre en charge les conséquences financières³. Mais, attention, en cas de faute imputable à l'établissement ou au professionnel de santé (notamment « manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les IN »), l'ONIAM peut exercer un recours subrogatoire en vue d'obtenir le remboursement des sommes versées à la victime auprès de l'établissement ou du professionnel fautif.

 Le régime de responsabilité sans faute en matière d'infection nosocomiale ne pèse que sur les établissements de santé. Les professionnels de santé, quant à eux, ne sont condamnés qu'en cas de faute démontrée à l'origine de l'infection (défaut d'asepsie, d'antibioprophylaxie...).

¹ CE 21 octobre 2009 N°314759.

² Article L.1142-1 I du code de la santé publique.

³ Article L.1142-1-1 1° du code de la santé publique.

**Infections nosocomiales :
seule la preuve d'une
cause étrangère permet
d'exonérer l'établissement**

Les dommages causés par des produits, matériels et dispositifs médicaux

Les professionnels de santé, à l'occasion de leur activité de soins, sont amenés à utiliser des produits et matériels (matelas chauffant, cathéters, bistouris électriques, appareils de mesure de la saturation artérielle en oxygène...) qui peuvent s'avérer défectueux et causer un dommage au patient. Ils peuvent aussi être amenés à fournir des dispositifs médicaux (prothèses...), lesquels peuvent également s'avérer défectueux et dommageables pour le patient.

Si la responsabilité civile du fabricant/producteur peut être engagée, en l'absence de toute faute, par la victime qui démontre la défectuosité du produit, du matériel ou du dispositif, il est fréquent, en pratique, que cette dernière recherche en priorité la responsabilité civile de l'établissement ou du professionnel de santé responsable de sa prise en charge.

Or, dans ce cas, le Conseil d'État (compétent vis-à-vis des établissements publics de santé) et la Cour de cassation (compétente vis-à-vis des professionnels et des établissements de santé privés) ont adopté deux positions divergentes quant au régime de responsabilité applicable :

- le Conseil d'État a adopté le principe selon lequel un établissement public de santé, en qualité de prestataire de soins, est responsable, **en l'absence de toute faute**, des dommages causés par la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise⁴ ou fourni⁵.
- La Cour de cassation, quant à elle, a adopté le principe radicalement inverse selon lequel un établissement privé ou un professionnel de santé n'est responsable **qu'en cas de faute** des dommages causés par la défaillance des produits ou appareils de santé qu'il utilise ou fourni⁶.

Précisons, en tout état de cause, que l'établissement public de santé condamné à indemniser une victime, en l'absence de toute faute, des dommages causés par la défaillance d'un produit, matériel ou dispositif médical qu'il a fourni ou utilisé à l'occasion d'un acte de soins pourra, dans un second temps, engager un recours subrogatoire contre le fabricant ou le producteur à l'origine de la défectuosité afin d'obtenir le remboursement des sommes versées.

EN SYNTHÈSE, LA RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE

PRINCIPE GÉNÉRAL

Les **établissements (publics et privés) et professionnels de santé** ne sont responsables des dommages causés aux patients **qu'en cas de faute**.

CAS PARTICULIERS

DOMMAGES CONSÉCUTIFS À UNE INFECTION NOSOCOMIALE

Les **établissements de santé (publics et privés)** sont responsables, **en l'absence de toute faute**, des dommages consécutifs aux infections nosocomiales contractées par les patients au cours de leur prise en charge, seule la cause étrangère étant exonératoire.

NB : En cas de dommage entraînant une AIPP supérieure à 25 % ou un décès, l'indemnisation incombe à l'ONIAM.

Les **professionnels de santé** ne sont, quant à eux, responsables **qu'en cas de faute**.

DOMMAGES CAUSÉS PAR UN PRODUIT, MATÉRIEL OU DISPOSITIF MÉDICAL UTILISÉ OU FOURNI À L'OCCASION DE LA PRISE EN CHARGE

Les **établissements publics de santé** sont responsables, **en l'absence de toute faute**, des dommages causés par la défaillance des produits, matériels et dispositifs médicaux utilisés ou fournis à l'occasion de la prise en charge du patient.

NB : L'établissement public de santé condamné à indemniser une victime en l'absence de toute faute pourra, dans un second temps, engager un recours subrogatoire contre le fabricant ou le producteur à l'origine de la défectuosité afin d'obtenir le remboursement des sommes versées.

Les **professionnels et établissements de santé privés** ne sont, quant à eux, responsables **qu'en cas de faute**.

⁴ CE 9 juillet 2003 N°220437 « MARZOUK ». Sans préjudice d'éventuels recours en garantie, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise.

⁵ CE 25 juillet 2013 N° 339922. Le régime de responsabilité sans faute pesant sur les établissements de santé en application de la jurisprudence MARZOUK trouve à s'appliquer, non seulement lorsque le CH utilise des produits et appareils défectueux mais également lorsque le CH implante, au cours de la prestation de soins, un produit défectueux dans le corps d'un patient.

⁶ Cass. 1^{re} civ. 12 juillet 2012 N°11-17510. La responsabilité des prestataires de services de soins ne peut être recherchée que pour faute lorsqu'ils ont recours aux produits, matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art ou à l'accomplissement d'un acte médical.



1.3 La responsabilité pénale médicale

1.3.a Qui est pénalement responsable ?

Les professionnels de santé

Tout **professionnel de santé**, quel que soit son statut (agent public, salarié ou libéral), peut voir sa responsabilité pénale engagée dès lors qu'il est reconnu comme étant l'auteur de faits constitutifs d'une infraction et ce, quand bien même il aurait agi dans le cadre de ses fonctions pour le compte d'un établissement de santé.

Les internes et les étudiants stagiaires encourent, au même titre que les professionnels « de plein exercice », une responsabilité pénale.

À partir d'un seul et même incident, les condamnations peuvent être multiples. En effet, il est fréquent, en établissement de santé, que le dommage d'un patient soit la conséquence d'un cumul de négligences. Or, l'action pénale poursuit aussi bien **les auteurs directs** que **les auteurs indirects** du dommage.

Précisons toutefois que lorsqu'une personne n'est qu'indirectement à l'origine du dommage, parce qu'elle a créé ou contribué à créer la

situation qui a permis de réaliser le dommage ou qu'elle n'a pas pris les mesures permettant d'éviter le dommage, elle ne peut être condamnée que dans deux hypothèses :

- elle a violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement ;
- elle a exposé autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer.

En cas de poursuite, le professionnel devra, pour se défendre, justifier son action ou inaction au regard des circonstances : l'appréciation de la faute se fait **in concreto**. Ainsi, le comportement du professionnel ne sera pas considéré comme répréhensible s'il démontre qu'il a accompli « les diligences normales compte tenu... de **la nature de ses missions ou de ses fonctions**, de ses **compétences** ainsi que **du pouvoir et des moyens dont il disposait** ».

Autrement dit, nul ne peut être tenu pour responsable de situations sur lesquelles il ne pouvait agir.

Exemples

Condamnation de professionnels de santé en qualité d'auteur indirect

- **Médecin anesthésiste condamné pour homicide involontaire à 6 mois de prison avec sursis** pour avoir indirectement causé le décès d'un patient en décidant son retour prématuré en chambre après un séjour de seulement 30 min en salle de réveil (dépression respiratoire secondaire entraînée par le « relargage » d'un produit anesthésique).
- **Chirurgien orthopédiste (d'astreinte à domicile au moment des faits) condamné pour blessures involontaires à 6 mois de prison avec sursis** pour n'avoir pas pris les mesures permettant d'éviter l'ischémie tissulaire irréversible à l'origine de l'amputation de la jambe gauche d'un patient admis en urgence suite à une fracture du fémur (intervention tardive 5h après l'appel du médecin urgentiste).
- **Infirmière condamnée pour homicide involontaire à 8 mois de prison avec sursis** pour avoir indirectement causé le décès d'un patient en laissant une élève infirmière lui administrer une substance dangereuse hors de sa présence et sans s'être assurée qu'elle connaissait le mode opératoire (injection du chlorure de potassium par voie intraveineuse directe à l'aide du cathéter déjà en place au lieu de procéder par perfusion).

L'établissement de santé

L'établissement de santé, en tant que personne morale, peut également être condamné pénalement pour des **infractions commises à l'occasion de la prise en charge des patients**.

Précisons que la responsabilité pénale de l'établissement ne se substitue pas à celle des personnes physiques concernées : elle vient s'y ajouter⁷.

En pratique, l'établissement encourt une responsabilité pénale lorsque les faits en cause révèlent en amont des problèmes d'organisation générale, et notamment dans les moyens mis en œuvre pour assurer le respect de la réglementation dans les domaines des plus variés : activités de soins, sécurité incendie, environnement (déchets, amiante), hygiène et sécurité du travail...

Quant aux peines susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'établissements, on retrouve notamment l'amende, l'affichage ou la publication de la condamnation, la fermeture provisoire ou définitive.

1.3.b De quoi est-on pénalement responsable ?

Les principales infractions donnant lieu à l'exercice de poursuites pénales en matière médicale sont les suivantes :

- l'atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité, couramment appelée **homicide ou blessure involontaire**. C'est l'infraction « de droit commun » en établissement de santé. En effet, elle est constituée dès lors qu'un professionnel cause des séquelles ou le décès d'un patient par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement. Ainsi, tout « accident fautif », même involontaire, est susceptible d'entraîner une condamnation pénale.

Exemple

Infirmière de réanimation condamnée pour homicide involontaire à 9 mois de prison avec sursis pour avoir provoqué le décès d'une patiente en surdosant par erreur le potassium dans les bains de dialyse (30 ampoules au lieu de 3).

La responsabilité pénale de l'établissement ne se substitue pas à celle des personnes physiques

Article 221-6 du code pénal

« Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. »

Article 222-19 du code pénal

« Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende. »

- Le délit d'omission de porter secours plus couramment appelé « **non assistance à personne en danger** ». Il est constitué dès lors qu'un professionnel s'abstient volontairement de porter secours à une personne en danger alors même qu'une telle intervention ne présentait aucun risque.

Article 223-6 du code pénal

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

- Le délit de « **mise en danger** ». Il est constitué, en l'absence de tout préjudice, dès lors qu'un professionnel, de par son action, son inaction ou son organisation, expose directement autrui

Tout « accident fautif », même involontaire, est susceptible d'entraîner une condamnation pénale

à un risque immédiat de mort ou de blessure grave par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements.

Article 223-1 du code pénal

« Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Exemple

Médecin libéral de garde dépêché par le centre 15 auprès d'une patiente prise de vomissements et de douleurs abdominales condamné pour mise en danger à 3 000 € d'amende pour avoir fait preuve d'insuffisance professionnelle et de « désinvolture » (examen réalisé de « manière sommaire », intervention chirurgicale délicate sur le muscle cardiaque subie 11 jours auparavant non prise en compte, diagnostic d'une simple gastro-entérite qui s'est avérée être en réalité une complication inhérente à la chirurgie cardiaque ayant nécessité une intervention en urgence).

⁷ Article 121-2 al 3 du code pénal.

1.4 L'indemnisation par l'ONIAM

L'ONIAM est un organisme public créé par la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. Il est amené à indemniser les patients au titre de la solidarité nationale.

1.4.a L'aléa thérapeutique anormal et grave

Lorsque la responsabilité civile d'un établissement ou professionnel de santé n'est pas engagée, le patient victime d'un dommage peut malgré tout voir son préjudice réparé, sous certaines conditions, par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale.


Ces trois conditions sont cumulatives⁸ :

- le dommage est directement imputable à un **acte de prévention, diagnostic ou soin** effectué à compter du **5 septembre 2001** ;
 - le dommage a eu, pour le patient, des **conséquences anormales** au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci ;
 - le dommage présente un **caractère de gravité** définit réglementairement⁹. À ce titre, il doit s'inscrire dans l'un des quatre cas suivants :
 - taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique (AIPP) > à 24 %,
 - arrêt temporaire des activités professionnelles ou Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT) ≥ à 50 % pendant au moins 6 mois (consécutifs ou non consécutifs sur une période de 12 mois).
- À titre exceptionnel :**
- inaptitude définitive à exercer son activité professionnelle ;
 - troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économiques, dans ses conditions d'existence.

1.4.b Les infections nosocomiales graves

Pour alléger la charge de l'indemnisation pesant sur les établissements de santé depuis l'institution d'un régime de responsabilité sans faute par loi du 4 mars 2002, la loi ABOUT du 30 décembre 2002 a prévu une prise en charge des conséquences les plus graves par la solidarité nationale *via* l'ONIAM¹⁰.

Ainsi, lorsque l'infection reconnue comme ayant une origine nosocomiale entraîne un décès ou un déficit fonctionnel permanent (DFP) correspondant à un **taux d'AIPP supérieur à 25 %** c'est l'ONIAM qui doit indemniser le patient ou ses ayants droit.

 En cas de faute imputable à l'établissement ou au professionnel de santé (notamment «manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les IN»), l'ONIAM peut exercer un recours subrogatoire en vue d'obtenir le remboursement des sommes versées à la victime auprès de l'établissement ou du professionnel fautif¹¹.

1.4.c Les autres dispositifs spécifiques d'indemnisation

Depuis sa création en 2002, l'ONIAM s'est vu confier d'autres dispositifs spécifiques d'indemnisation au titre de la solidarité nationale :

- les préjudices imputables à une **vaccination obligatoire**¹² ;
- les accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales imputables à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées en application de mesures prises conformément aux articles L.3131-1 du code de la santé publique (**menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence par arrêté ministériel**, notamment en cas de menace d'épidémie – grippe A (H1N1)) ou L.3134-1 du même code (**réserve sanitaire**) ;
- les **contaminations transfusionnelles** par le VIH¹³ ou le VHC¹⁴ ;
- les préjudices imputables au Benfluorex (**MÉDIATOR**)¹⁵.

⁸ Article L.1142-1 (II) du code de la santé publique

⁹ Article D.1142-1 du code de la santé publique

¹⁰ Article L.1142-1-1 du code de la santé publique

¹¹ Article L.1142-21 al 2 du code de la santé publique

¹² Article L.3111-9 du code de la santé publique

¹³ Article L.3122-1 du code de la santé publique

¹⁴ Article L.1221-14 du code de la santé publique

¹⁵ Article L.1142-24-1 du code de la santé publique

2.0 La gestion des plaintes en établissements de santé



Pour une bonne compréhension de ce guide, par **plainte**, il faut entendre toute expression de mécontentement, qu'elle soit justifiée ou pas, émanant d'un patient, de son entourage ou d'un visiteur, et relative à un événement survenu dans l'établissement.

Ce mécontentement peut s'exprimer de plusieurs façons, et notamment :

- oralement dans le service ;
- par une lettre de griefs adressée au chef de service ;
- par une demande indemnitaire (ou **réclamation indemnitaire**) adressée à la direction de l'établissement ;
- par une demande d'indemnisation adressée directement au juge ou à la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

Selon que la plainte sera ou non assortie d'une demande indemnitaire, la conduite à tenir sera différente.

En effet, si la simple expression d'un grief sans demande indemnitaire autorise l'établissement à gérer la plainte exclusivement en interne, tel n'est pas le cas lorsqu'une réclamation indemnitaire est formulée. En effet, toute réclamation indemnitaire implique la mise en jeu de la responsabilité civile de l'établissement et, par là même, l'intervention de l'assureur de responsabilité civile.

► **En l'absence de demande indemnitaire**, la gestion de la plainte consistera principalement à accorder au plaignant l'écoute dont il a besoin et à lui apporter les explications qui s'imposent. Selon son souhait, le plaignant se verra proposer un entretien avec le médecin responsable de la prise en charge et, le cas échéant, un examen de ses griefs par la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (cf. 2.2).

► **En cas de réclamation indemnitaire**, en revanche, une gestion de la plainte strictement interne n'est pas envisageable. En effet, la mise en jeu de la responsabilité civile de l'établissement impose une implication, dès réception de la réclamation, de l'assureur qui devra être en mesure d'apprécier les circonstances de l'incident. La réponse apportée au plaignant découlera d'un examen médico-légal de l'incident par l'assureur qui pourra, le cas échéant, formuler une proposition amiable d'indemnisation. À défaut de proposition indemnitaire par l'assureur, ou en cas de refus de la proposition par le plaignant, un tiers pourra être saisi en vue de trancher le litige : il s'agira, selon le choix du plaignant, de la CCI et/ou du juge (judiciaire ou administratif selon la nature de l'établissement de santé) (cf. 2.3).

Mais avant même d'envisager une gestion de plainte, une importance toute particulière doit être apportée à la **procédure d'annonce du dommage** qui, si elle est correctement mise en œuvre, permettra d'éviter une judiciarisation souvent douloureuse pour l'ensemble des parties aussi bien soignantes que soignées (cf. 2.1).



2.1 L'annonce du dommage

Tout établissement de santé doit disposer d'une procédure d'annonce à mettre en œuvre en cas de survenance d'un événement dommageable pour un patient, l'objectif étant de permettre à la direction, ainsi qu'aux équipes médicales et soignantes, d'être réactifs tout en adoptant une approche coordonnée et préventive en termes d'information.

2.1.a Le dispositif d'information

Depuis la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, tout établissement est tenu, selon l'article L.1142-4 du code de la santé publique, d'apporter à la personne qui s'estime victime les explications nécessaires dans un délai de 15 jours :

*« Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou le cas échéant, son représentant légal, doit être **informée** par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné **sur les circonstances et les causes de ce dommage.***

*Cette information lui est délivrée **au plus tard dans les quinze jours** suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un **entretien** au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix. »*

Dans son **manuel de certification V2010**, la HAS¹⁶ est d'ailleurs attentive aux procédures et pratiques des établissements exigeant la mise en place d'un « dispositif d'information » (point 11.c – p. 46 du manuel) :

« L'établissement doit être préparé à assurer l'information du patient dans les meilleurs délais et dans un contexte où l'équipe soignante est elle-même affectée et la confiance du patient potentiellement ébranlée. Dans ces cas, le patient attend aussi des professionnels de santé une écoute et une disponibilité particulières.

Le silence gardé ne protège pas mais ne fait, au contraire, qu'augmenter le risque d'une action judiciaire et singulièrement pénale

Le dispositif d'information doit prévoir :

- › la **désignation d'un professionnel de santé senior qui délivrera l'information** ;
- › la **présence des personnes que le patient souhaite voir informées** ;
- › des **conditions appropriées pour établir un dialogue** ;
- › des **explications adaptées aux capacités de compréhension du patient et à son état psychique.** »

Pour accompagner les établissements et professionnels de santé concernés, la HAS a publié, en mars 2011, un **guide intitulé « Annonce d'un dommage associé aux soins »** (disponible sur le site internet www.has-sante.fr).



L'annonce, oui mais quand ?

Dès lors qu'un dommage associé aux soins est identifié, **l'annonce doit être initiée sans attendre une demande d'explication et, encore moins, une plainte.**

Si la loi prévoit un délai maximum de **15 jours** à compter de la découverte du dommage, la HAS recommande une annonce dans les **24 heures** (Guide «Annonce d'un dommage associé aux soins» - p. 17).

Particulièrement quand le dommage est vécu par le patient comme résultant d'une faute de l'établissement, l'information donnée doit être cohérente et transparente. Précisons que le silence gardé ne protège pas mais ne fait, au contraire, qu'augmenter le risque d'une action judiciaire et singulièrement pénale.

¹⁶Haute Autorité de Santé.

On estime qu'environ la moitié des plaintes portées par les patients devant les juridictions répressives contre des professionnels de santé ont pour principale motivation la volonté de connaître les circonstances et les causes des accidents dont ils s'estiment les victimes.

CE QU'IL FAUT FAIRE	CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE
Désigner un interlocuteur unique qui doit avoir un rapport de confiance avec le patient : il doit s'agir d'un médecin senior (en principe, le médecin responsable de la prise en charge).	Spéculer sur les faits et évoquer des hypothèses non vérifiées qui risqueraient de semer le trouble dans l'esprit du patient et de porter atteinte à la relation de confiance établie.
Informé le médecin traitant au plus tôt : il pourra plus facilement donner, le cas échéant, des explications sur l'incident et sur ses conséquences.	Faire des déclarations intempestives sous le coup de l'émotion ou de la colère .
Rencontrer le patient le plus rapidement possible sans attendre une demande d'explication de sa part : inviter toutes personnes qu'il souhaite voir informées.	Fournir des informations contradictoires .
Préparer l'entretien (consulter le dossier patient, interroger les équipes...).	Se retrancher derrière un jargon médical incompréhensible pour le patient.
Recevoir le patient dans un endroit calme et isolé en respectant la confidentialité (bureau du médecin).	Rejeter les torts éventuels sur d'autres intervenants ou sur l'administration : régler ses comptes à travers le patient ne fera qu'exacerber ses suspicions et entacher la crédibilité de l'établissement comme du corps médical.
Tout au long de l'entretien, laisser le patient s'exprimer . Encourager les questions.	Désigner un responsable qu'il s'agisse de soi-même, de collègues, de l'administration ou d'un professionnel extérieur. La responsabilité aussi bien civile (indemnitaire) que pénale (répressive) obéit à un régime juridique complexe qui ne peut être totalement appréhendé au stade de l'annonce par le professionnel.
Faire preuve d' empathie .	S'engager sur une éventuelle indemnisation . Toute promesse d'indemnisation, n'étant pas opposable à l'assureur, risquerait d'avoir un effet frustratoire sur le patient.
Dans les explications apportées, rester factuel et objectif : expliquer au patient les faits tels qu'ils se sont produits.	
Si le médecin le juge utile, rappeler au patient qu'il dispose également d'un droit d'accès direct aux éléments de son dossier (L.1111-7 CSP).	
Expliquer clairement quelles seront les répercussions de l'incident et quelles mesures peuvent être prises pour remédier au préjudice ou le limiter.	
Au-delà du suivi clinique, proposer un soutien psychologique .	
Terminer l'entretien en rappelant les modalités du suivi médical à venir pour rassurer le patient sur la suite de sa prise en charge.	

2.1.b La traçabilité de l'information

Dans la mesure où la mise en œuvre d'un dispositif d'information en cas d'évènement dommageable répond à une obligation fixée tant par la réglementation que par la HAS, il apparaît essentiel pour tout établissement de disposer :

- d'une procédure écrite organisant le dispositif d'information ;
- d'une traçabilité individuelle attestant la mise en application du dispositif d'information.

La traçabilité de l'information assurée pour chaque patient concerné n'a pas pour objet de

retracer avec exhaustivité les explications apportées. En effet, les explications sont nécessairement tirées d'éléments figurant déjà au dossier du patient. Or, il n'apparaît pas utile de « réécrire l'histoire ».

En pratique, il est donc recommandé de mentionner l'entretien dans le dossier du patient (date, durée, personnes présentes, contexte particulier, suites envisagées) et, le cas échéant, dans un courrier adressé au médecin traitant.



2.2 La gestion de la plainte sans demande indemnitaire

Tout patient mécontent, à tort ou à raison, est en droit d'exprimer ses griefs auprès du responsable du service concerné et, le cas échéant, auprès du directeur de l'établissement, à charge pour ce dernier d'y répondre dans les meilleurs délais en proposant au plaignant une saisine du médiateur de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ)¹⁷.

Ainsi, en pratique, selon l'importance du grief et le souhait du patient, le mécontentement exprimé sera géré soit de manière informelle par les personnels concernés en coordination avec la direction de l'établissement (cf. 2.2.a), soit en CRUQ selon une procédure réglementée (cf. 2.2.b).

2.2.a La gestion « informelle »

Tout patient qui exprime un mécontentement relatif à sa prise en charge ne souhaite pas nécessairement une saisine de la CRUQ avec tout ce que cela représente : formalisation des échanges, implication de personnes n'ayant pas participé à sa prise en charge, absence de spontanéité...

Très souvent, un entretien avec le professionnel responsable de sa prise en charge ou le chef de service suffit. C'est l'occasion d'expliquer auprès des personnes directement concernées ce qui a déplu, blessé, gêné, inquiété...

Cette modalité de gestion de plainte, relevant plus de l'intuition et du bon sens, n'a, par définition, pas à être formalisée. Il revient à chaque professionnel concerné de faire preuve d'écoute, de transparence et d'humanité. L'ensemble des recommandations formulées dans le cadre de l'annonce du dommage s'appliquent évidemment à ce stade.

Un grand nombre de mécontentements se règle chaque jour de cette manière dans les services des établissements de santé.

Malgré l'absence de formalisation et le caractère spontané de ce type de règlement, il est essentiel d'en informer la direction (relation avec les usagers et qualité) afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge au sein de l'établissement.

Tout patient qui exprime un mécontentement relatif à sa prise en charge, ne souhaite pas nécessairement une saisine de la CRUQ

2.2.b La gestion en CRUQ

Missions de la CRUQ

La CRUQ est présidée par le directeur de l'établissement lui-même (ou un délégataire) et est composée de deux médiateurs (un médiateur médical + un médiateur non médical), deux représentants des usagers, ainsi que des représentants des instances de l'établissement (Commission Médicale d'Établissement, Commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques, comité technique d'établissement, conseil de surveillance)¹⁸.

Elle est investie d'une double mission¹⁹:

➤ **améliorer la politique d'accueil et de prise en charge** des personnes malades et de leurs proches ;

➤ **contrôler le respect des droits des usagers et les aider dans leurs démarches** notamment en veillant à ce qu'ils soient informés sur les voies de recours et de conciliation dont ils disposent.

C'est au titre de sa seconde mission que la CRUQ peut être amenée à examiner la plainte d'un patient. Précisons toutefois que, dans ce cadre, la CRUQ n'a vocation à examiner que « *les seules plaintes et réclamations ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel* », à savoir **les seuls griefs exprimés sans demande indemnitaire**.

Pour rappel, une demande indemnitaire formulée à la suite d'un événement dommageable survenu dans le cadre de l'activité de l'établissement vaut mise en cause de sa responsabilité civile.

À ce titre, le directeur doit transmettre sans délai une copie de la réclamation à son assureur afin de lui permettre de se positionner sur la demande. C'est pourquoi, la CRUQ n'a pas vocation à examiner ce type de demande pour lequel elle est dénuée de tout pouvoir de transaction.

Procédure de gestion de la plainte en CRUQ

La procédure de gestion des plaintes par la CRUQ est décrite aux articles R.1112-91 à R.1112-94 du code de la santé publique :

➤ tout usager doit pouvoir exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il doit être informé de son droit d'adresser une plainte écrite au directeur ou de voir sa plainte consignée par écrit aux mêmes fins ;

➤ le directeur y répond en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir le média-

teur de la CRUQ, ou procède lui-même à cette saisine en informant le plaignant ;

➤ le médiateur saisi doit rencontrer le plaignant dans les 8 jours. Si le patient est hospitalisé, il doit s'efforcer de le rencontrer avant sa sortie de l'établissement ;

➤ le médiateur adresse ensuite un compte rendu au président de la CRUQ dans les 8 jours de sa rencontre. Le président le transmet sans délai aux membres de la CRUQ et au plaignant ;

➤ la CRUQ formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose ;

➤ le directeur répond au plaignant dans les 8 jours de la séance (avis de la commission joint) et transmet une copie de ce courrier à la CRUQ.



¹⁷ Article R.1112-91 et R.1112-92 du code de la santé publique.

¹⁸ Article R.1112-81 du code de la santé publique.

¹⁹ Article R.1112-80 du code de la santé publique.

2.3 La gestion de la plainte assortie d'une demande indemnitaire

Dès lors qu'un patient formule une réclamation indemnitaire, la gestion exclusivement interne de la plainte n'est plus envisageable.

En effet, la réclamation indemnitaire valant mise en cause de la responsabilité civile de l'établissement, il est indispensable que l'assureur garantissant ce risque en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique soit immédiatement informé.

Une fois en possession des éléments d'information lui permettant d'apprécier si la responsabilité civile de son assuré est engagée, l'assureur se livre à un examen médico-légal de l'incident, source du dommage, et prend position sur la réclamation indemnitaire :

► **si la responsabilité civile de l'établissement est engagée** (défaut d'organisation du service des soins, faute technique médicale ou soignante,

infection nosocomiale...), l'assureur formule une proposition d'indemnisation amiable que le plaignant est libre d'accepter ou de refuser ;

► **si la responsabilité civile de l'établissement n'est pas engagée** (dommage non fautif, dommage lié à l'état antérieur du patient, infection nosocomiale relevant de l'ONIAM, faits prescrits...), l'assureur en informe son assuré afin qu'il notifie au plaignant un refus d'indemnisation.

À défaut de parvenir à un accord amiable avec l'assureur (cf. 2.3.a), le plaignant peut s'engager dans une voie contentieuse devant les juridictions civiles ou administratives (cf. 2.3.c). En outre, depuis la loi du 4 mars 2002 une procédure d'indemnisation spécifique en matière médicale est instituée devant les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation chargées de faciliter le règlement amiable des litiges (cf. 2.3.b).



2.3.a La gestion amiable

Les conditions

Aucune condition (date des faits, nature, gravité...) n'est exigée pour accéder à ce type de règlement.

Tout patient qui s'estime, à tort ou à raison, victime d'un dommage en lien avec sa prise en charge peut solliciter auprès du directeur d'établissement le versement d'une indemnisation à titre de réparation.

En pratique, il s'agit d'un courrier explicitant les circonstances de l'évènement dommageable, le dommage en résultant et les fautes reprochées à l'établissement.

La procédure

► À réception de la réclamation indemnitaire, le directeur adresse à l'assureur de responsabilité civile de l'établissement les éléments nécessaires à l'étude médico-légale du dossier (cf. annexe 3.5). Il s'agit d'une **déclaration de sinistre**.

► Dans le même temps, une **enquête interne** est diligentée en vue de préciser les circonstances de l'incident en cause. Les résultats de l'enquête sont transmis, dès que possible, à l'assureur.

► L'assureur, s'il le juge utile, peut proposer une **expertise amiable**. Dans ce cas, un médecin-conseil est désigné afin :

- d'instruire la réclamation sur le plan médical ;
- d'examiner le patient en expertise ;
- d'évaluer les éventuels préjudices subis.

Aucune transaction ni reconnaissance de responsabilité ne peut avoir lieu sans l'accord de l'assureur

► Au vu de ces éléments, **l'assureur prend position** sur la réclamation :

- s'il estime la responsabilité de son assuré engagée, il fait une proposition d'indemnisation à la victime qui est libre de l'accepter ou la refuser ;
- si, au contraire, il estime que la responsabilité de son assuré n'est pas engagée, l'assureur fait part à son assuré de son refus d'indemnisation afin que ce dernier informe le plaignant que sa demande ne pourra être satisfaite.

Les conséquences

En cas d'accord sur le montant de l'indemnisation, l'assureur verse à la victime les dommages-intérêts convenus.

La signature du **protocole transactionnel** signé tant par l'assureur que par la victime permet d'acter l'accord intervenu. Il met fin au litige en interdisant au patient tout recours ultérieur au titre du préjudice indemnisé.

Pour rappel, aucune transaction ni reconnaissance de responsabilité ne peut avoir lieu sans l'accord de l'assureur. Il s'agit d'une prérogative reconnue à tout assureur de responsabilité civile dès lors qu'il le prévoit contractuellement.

Article L.124-2 du code des assurances
« L'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui sont opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité. »

2.3.b La procédure de règlement en CCI

Le patient peut également recourir à une procédure de règlement *via* la CCI. En effet, la CCI a été spécifiquement créée par la loi du 4 mars 2002 pour régler les litiges d'ordre médical en dehors du cadre juridictionnel souvent lourd et coûteux.

Il s'agit d'une **procédure facultative et gratuite**, en aucun cas d'un préalable obligatoire à la saisine des tribunaux. En outre, la CCI peut être

saisie directement par la victime sans avoir, au préalable, formulé de demande amiable auprès de l'établissement ou du professionnel concerné.

La CCI peut également être saisie concomitamment au tribunal étant précisé qu'en aucun cas, cela ne permettra d'aboutir à une double indemnisation. En effet, le tribunal et la CCI doivent, dans ce cas, tous deux être informés de la saisine de l'autre. En pratique, le délai d'instruction de la CCI étant le plus court, le tribunal attendra l'issue du règlement CCI avant d'instruire à son tour.

Les conditions

Tous les dommages ne sont pas susceptibles d'être examinés en CCI. Pour être recevable, la demande de la victime doit concerner un **dommage** remplissant les trois conditions cumulatives suivantes²⁰ :

► imputable à une **activité de prévention, diagnostic ou de soin** ;

► consécutif à un acte réalisé **à compter du 5 septembre 2001** ;

► **caractère de gravité** tel que défini à l'article L.1142-1 II et D.1142-1 du code de la santé publique (l'un des 4) :

- taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique (AIPP) > à 24 % ;
- arrêt temporaire des activités professionnelles ou Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT) > à 50 % pendant au moins 6 mois (consécutifs ou non consécutifs sur une période de 12 mois).

À titre exceptionnel :

- inaptitude définitive à exercer son activité professionnelle ;
- troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économiques, dans ses conditions d'existence.

La procédure

► La victime (le patient ou l'un de ses ayants droit s'il est décédé) qui souhaite obtenir une indemnisation de son préjudice **saisit la CCI** compétente *via* un formulaire téléchargeable sur .../...


²⁰ Articles L.1142-7 et L.1142-8 du code de la santé publique.

.../... le site internet des CCI .

Cette saisine suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure²¹.

- Une fois saisie, la CCI, après avoir vérifié que les conditions de sa compétence sont remplies, **désigne un collège d'experts (ou un expert) indépendant** chargé de préciser tous éléments d'ordre technique relatifs à l'incident en cause (appréciation des circonstances de la prise en charge afin, le cas échéant, d'identifier toutes fautes, lien de causalité, évaluation du dommage éventuel...).
- Pour les besoins de sa mission, l'expert est autorisé, de par la loi²², à effectuer toute investigation et à obtenir la communication de tous documents auprès des parties comme des tiers sans que puisse lui être opposé « le secret médical ou professionnel ».

- Une fois en possession des pièces médicales, l'expert convoque les différentes parties à une réunion destinée à assurer le **débat contradictoire**. Les parties ont la possibilité d'être assistées lors de cette **réunion** par leur avocat et/ou médecin-conseil. Chacun fait valoir ses observations et explications afin que l'expert ait une parfaite connaissance des circonstances de l'incident.

 **Lorsqu'un établissement de santé est en cause, il est souvent nécessaire que le professionnel concerné ou le chef de service soit présent à la réunion pour fournir lui-même toutes les explications nécessaires à l'expert.**

- À l'issue des opérations menées contradictoirement, l'expert rédige un **rapport d'expertise** destiné à éclairer techniquement la CCI.

Compte tenu des délais très courts attachés à la procédure de règlement en CCI (6 mois entre la saisine et l'envoi de l'avis), la collaboration entre l'assureur et l'établissement ou le professionnel de santé en cause doit être particulièrement efficace :

La CCI doit rendre son avis dans un délai de 6 mois à compter de sa saisine

à réception des documents transmis par la CCI (mission d'expertise, convocation à l'expertise, rapport d'expertise, information sur la date de réunion de la CCI, avis), l'établissement ou le professionnel doit les transmettre, en urgence, à l'assureur qui n'en est pas lui-même destinataire. Par ailleurs, en interne, les professionnels de santé concernés doivent être informés au plus tôt des nouvelles étapes de la procédure afin de pouvoir s'impliquer dans la défense et réagir en temps utiles.

- Au vu de ce rapport d'expertise, la CCI rend un **avis** sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable. Cet avis tend soit à reconnaître la responsabilité civile de l'établissement ou du professionnel concerné, soit à reconnaître une hypothèse ouvrant droit à indemnisation au titre de la solidarité nationale par l'ONIAM. Le cas échéant, il se peut aussi que personne ne soit tenu à réparation : dommage non fautif exclusivement dû à l'état antérieur de la victime, aléa thérapeutique ne répondant pas aux critères de gravité exigés pour une intervention de l'ONIAM...

Pour rappel, la CCI doit rendre son avis dans un délai de 6 mois à compter de sa saisine²³.

Les conséquences

À réception de l'avis, l'assureur du responsable ou l'ONIAM, selon le cas, doit en principe faire une **proposition d'indemnisation** à la victime conforme aux conclusions de la CCI dans un délai de 4 mois²⁴.

- Si la victime **accepte la proposition** qui lui est faite, un **protocole transactionnel** est signé²⁵,

ayant pour effet de clore le litige, et le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois²⁶.

- En revanche, si la victime **refuse la proposition**, il lui incombe de **saisir le tribunal** afin de faire fixer judiciairement le montant des dommages-intérêts qui lui sont dus²⁷. Dans le cadre de cette instance, si l'offre initialement formulée par l'assureur est jugée manifestement insuffisante, ce dernier peut être condamné, outre les dommages-intérêts de la victime, à verser à l'ONIAM une somme au plus égale à 15% de l'indemnité allouée²⁸.

Si l'assureur **refuse de formuler une offre indemnitaire** malgré le sens de l'avis rendu par la CCI²⁹, l'ONIAM peut se substituer à lui pour indemniser la victime et exercer, ensuite, à son encontre un recours subrogatoire devant les tribunaux. Si l'ONIAM obtient gain de cause à cette occasion, l'assureur, condamné à lui rembourser le montant de l'indemnité versée, peut également être condamné à lui verser une somme pouvant aller jusqu'à 15% du montant de cette indemnité³⁰.

Si c'est l'ONIAM qui, destinataire de l'avis, refuse de formuler une offre, la victime peut également engager une action en justice. Mais dans ce cas, aucune pénalité n'est prévue³¹.

2.3.c La procédure judiciaire


Qu'une procédure CCI ait eu lieu ou pas, la victime a toujours la possibilité d'engager un recours auprès des juridictions de droit commun pour obtenir l'indemnisation de son dommage.

En effet, si, en pratique, la saisine des tribunaux intervient souvent « en dernier lieu » compte tenu du coût de la procédure, rien n'interdit à une victime d'y recourir sans même avoir sollicité l'avis de la CCI. Quant à la phase amiable, si elle s'impose comme un préalable obligatoire dans le cadre de la procédure administrative (action contre un établissement public), tel n'est pas le cas dans le cadre de la procédure judiciaire (action contre un établissement privé ou un professionnel de santé).


Les conditions

La saisine du tribunal est soumise à des conditions de délai.

Ainsi, la victime qui souhaite engager la responsabilité civile d'un établissement ou d'un professionnel de santé devant le tribunal doit au préalable s'assurer que son action n'est pas prescrite, le **déla**i de prescription en matière de prévention, diagnostic ou soin étant de **10 ans à compter de la consolidation du dommage**³².

 **En pratique, la date de consolidation, c'est-à-dire de stabilisation des séquelles permanentes, est fixée a posteriori par l'expert judiciaire.**

En outre, lorsque l'action en responsabilité civile est dirigée **contre un établissement public**, un délai propre à la procédure administrative vient s'ajouter. Il s'agit du **déla**i de forclusion (ou de recours contentieux). Ce délai découle de l'obligation qui est faite à tout usager du service public hospitalier qui s'estime victime d'un dommage de formuler une **demande amiable d'indemnisation** auprès de l'établissement concerné avant de saisir le tribunal. Ce n'est qu'après s'être vu opposer un refus d'indemnisation que la victime est autorisée à saisir le Tribunal Administratif, cette saisine devant nécessairement intervenir dans un délai de **2 mois à compter de la notification du refus**.

 **Ce délai de forclusion n'est opposable par l'administration que si le courrier de refus d'indemnisation mentionnait expressément les voies et délais de recours à disposition de l'usager.**

²¹ Article L.1142-7 al 4 du code de la santé publique.

²² Article L.1142-12 al 5 du code de la santé publique.

²³ Article L.1142-8 du code de la santé publique.

²⁴ Articles L.1142-14 al 1 et L.1142-17 al 1 du code de la santé publique.

²⁵ Article L.1142-14 al 6 et L.1142-17 al 5 du code de la santé publique.

²⁶ Article L.1142-14 al 7 et L.1142-17 al 6 du code de la santé publique.

²⁷ Articles L.1142-14 al 9 et L.1142-20 du code de la santé publique.

²⁸ Article L.1142-14 al 9 du code de la santé publique.

²⁹ Juridiquement, l'avis rendu pas la CCI ne lie pas son destinataire qu'il s'agisse de l'ONIAM ou de l'assureur du responsable.

³⁰ Article L.1142-15 al 5 du code de la santé publique.


³¹ Article L.1142-20 du code de la santé publique.

³² Article L.1142-28 du code de la santé publique.

La procédure

Compte tenu du caractère technique du contenu d'ordre médical, la victime qui souhaite soumettre son litige au tribunal passe en général par deux phases :

- une première procédure d'expertise judiciaire (ordonnée en référé) destinée à éclairer le tribunal sur les éléments médicaux qui lui sont indispensables pour trancher le litige ;
- une seconde procédure dite « au fond » destinée à trancher le litige de manière définitive en se prononçant sur le principe même de la responsabilité et, le cas échéant, sur le montant de l'indemnisation.

 Si la procédure judiciaire fait suite à une procédure CCI, le tribunal pourra se fonder sur le rapport d'expertise précédemment établi sans ordonner d'expertise judiciaire.

› L'expertise judiciaire

L'expertise judiciaire est contradictoire et organisée par un médecin expert indépendant.

En pratique, avant toutes choses, l'expert se fait communiquer **une copie du dossier patient ainsi que toutes pièces médicales en lien avec la prise en charge litigieuse**. Rappelons que le dossier patient constitue la pièce maîtresse de l'expertise, un élément de preuve indispensable. Bien que l'expert ait pour habitude d'obtenir ces éléments directement auprès de l'établissement ou du professionnel de santé qui les détient, il incombe en principe au « demandeur », c'est-à-dire à la victime, de les produire à titre de preuve pour appuyer ses allégations et ce, après les avoir elle-même obtenus conformément à la procédure instituée par l'article L.1111-7 du code de la santé publique.

L'expert convoque ensuite les différentes parties à une **réunion** destinée à assurer le **débat contradictoire** autour des pièces médicales.

Les parties ont la possibilité d'être assistées lors de cette réunion par leur avocat et/ou médecin-conseil. Chacun fait valoir ses observations et explications afin que l'expert ait une parfaite connaissance des circonstances de l'incident.

Les faits tels qu'ils sont transcrits dans le dossier patient sont rarement suffisants en soi.

L'expertise judiciaire est contradictoire et organisée par un médecin expert indépendant

C'est pourquoi, il est souvent nécessaire que le professionnel de santé concerné ou le chef de service soit présent à la réunion pour fournir lui-même toutes les explications nécessaires à l'expert. Par ailleurs, la concertation entre le médecin-conseil de l'établissement (désigné par l'assureur) et les professionnels de santé concernés est indispensable pour permettre au médecin-conseil d'avoir une parfaite connaissance du dossier et de ses implications médico-légales.

À l'issue de cette réunion, les parties qui n'auraient pas été à même de faire valoir l'ensemble de leurs arguments ont encore la possibilité d'adresser un **dire** (observations écrites) à l'expert qui devra nécessairement en tenir compte pour la rédaction de son rapport définitif. Ce dire peut également être adressé par les parties à la suite de l'envoi par l'expert d'un **pré-rapport**, souvent ordonné dans les missions d'expertise judiciaire et qui intervient avant le dépôt du rapport définitif.

En pratique, pour permettre au médecin-conseil de rédiger ce dire, dès la fin de l'expertise judiciaire, le ou les praticiens y ayant assisté doivent rédiger un compte rendu en insistant sur les points positifs et négatifs de l'expertise. Les points mis en exergue par la partie adverse doivent être discutés en s'appuyant sur la bibliographie nécessaire.

L'expert, une fois le débat contradictoire achevé, rédige son **rapport définitif** et l'adresse au juge.

Le juge **notifie le rapport d'expertise aux parties** mettant ainsi fin à la procédure de référé expertise.

À ce stade, il est nécessaire que les praticiens concernés aient connaissance du rapport afin, le cas échéant, de le contester de manière argumentée. Si nécessaire, le médecin-conseil pourra rédiger un **rapport critique** qui permettra à l'avocat d'attirer l'attention du juge du fond sur un point particulier.

Au terme de la procédure en référé expertise, la victime est donc en possession d'un avis éclairé et indépendant pour, le cas échéant, décider de maintenir ou pas son « action au fond » destinée à obtenir du tribunal une indemnisation.

› La procédure au fond

Le juge du fond, une fois saisi, prend connaissance du rapport d'expertise déposé dans le cadre

de la procédure en référé puis organise un nouveau **débat contradictoire** entre les parties pour recueillir leurs observations. En pratique, ce débat contradictoire se matérialise par un échange d'écritures que l'on nomme « **mémoires** » devant le juge administratif et « **conclusions** » devant le juge judiciaire.

	LITIGE IMPLIQUANT UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC	LITIGE IMPLIQUANT UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ
PROCÉDURE DE 1 ^{RE} INSTANCE	Tribunal Administratif (TA)	Tribunal de Grande Instance (TGI)*
PROCÉDURE D'APPEL	Cour Administrative d'Appel (CAA)	Cour d'Appel (CA)
POURVOI EN CASSATION	Conseil d'État	Cour de cassation

Au vu du rapport d'expertise et des différents échanges entre les parties, le juge prend position sur le principe même de la responsabilité, puis le cas échéant sur le montant de l'indemnisation due compte tenu de l'évaluation des dommages par l'expert judiciaire. Il rend un jugement que l'on nomme « **jugement de première instance** ».


La partie dite « perdante » peut faire appel de ce jugement de première instance et obtenir un second jugement que l'on nomme « **arrêt d'appel** ». Il s'agit d'une procédure permettant aux parties d'obtenir un nouvel examen du litige par des juges différents de ceux de première instance.

Enfin, à l'issue de ces deux jugements rendus sur le fond (première instance et appel), la partie perdante a également la possibilité de former un « **pourvoi en cassation** » en saisissant la juridiction dite « suprême » si elle estime que les premiers juges se sont livrés à une application erronée des règles de droit. Dans ce cas, le Conseil d'État (compétent en matière administrative) ou la Cour de cassation (compétente en matière judiciaire), sans selivrer à un nouvel examen des faits (on dit que « **les faits relèvent de**

l'**appréciation souveraine des juges du fond** »), s'assure que les juges du fond ont correctement appliqué les règles de droit qui s'imposent à eux (législation et réglementation applicable au litige).

Les conséquences

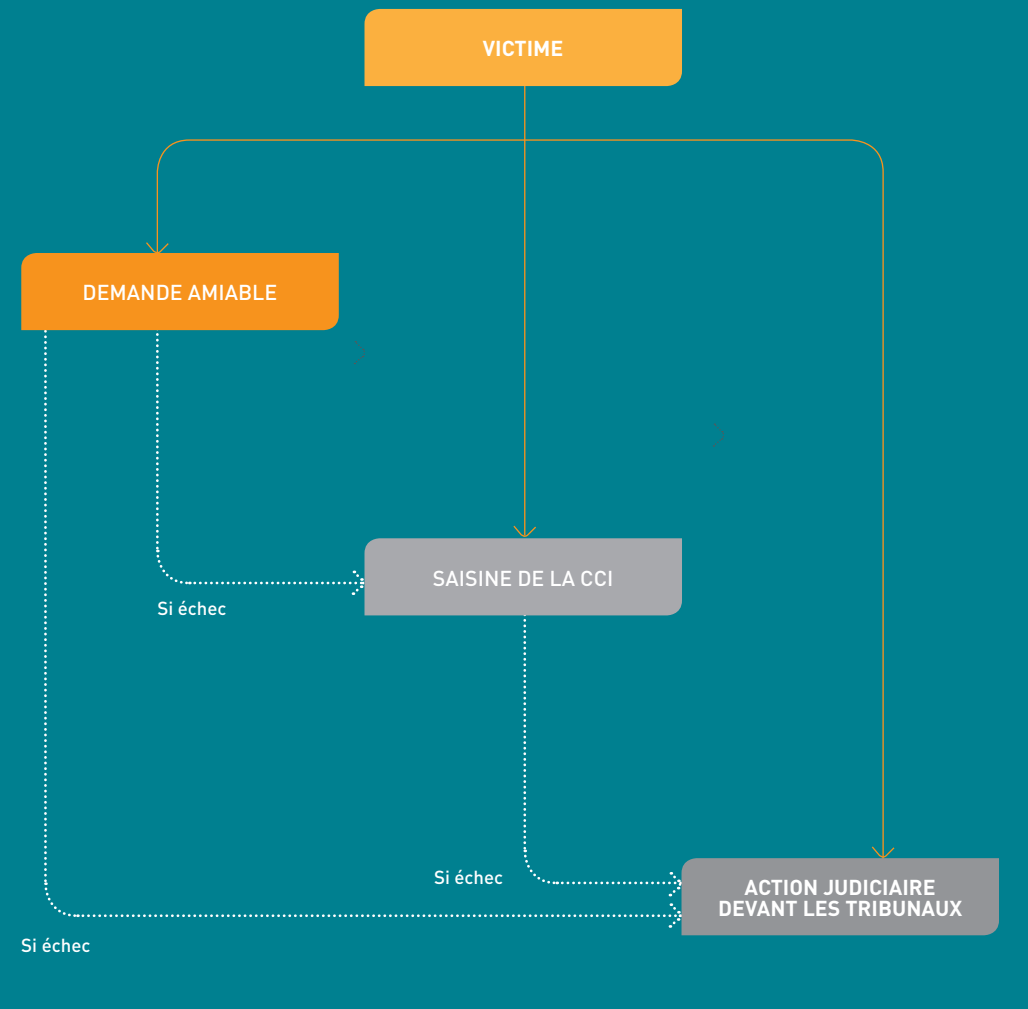
Le **jugement (ou arrêt) devenu définitif** (soit parce que le délai d'appel ou de cassation est épuisé, soit parce que les voies de recours sont épuisées) s'impose aux parties : on dit qu'il a **force exécutoire**.

 Devant les juridictions civiles, bien que l'appel soit suspensif, en pratique, l'exécution provisoire est généralement prononcée à la demande des parties. Devant le Tribunal Administratif, le jugement est exécutoire de plein droit. Ceci peut poser des difficultés en cas d'annulation de la décision rendue en appel lorsqu'une indemnisation a été versée à la victime.

En pratique, lorsqu'un établissement ou un professionnel de santé est condamné, c'est son assureur de responsabilité civile qui règle les dommages-intérêts prononcés judiciairement.

*Le TGI change de dénomination à compter du 1^{er} janvier 2020 pour s'appeler Tribunal Judiciaire

EN SYNTHÈSE, LES VOIES DE RECOURS DES VICTIMES SOUHAITANT OBTENIR UNE INDEMNISATION



3.0 Annexes





3.1 Abréviations

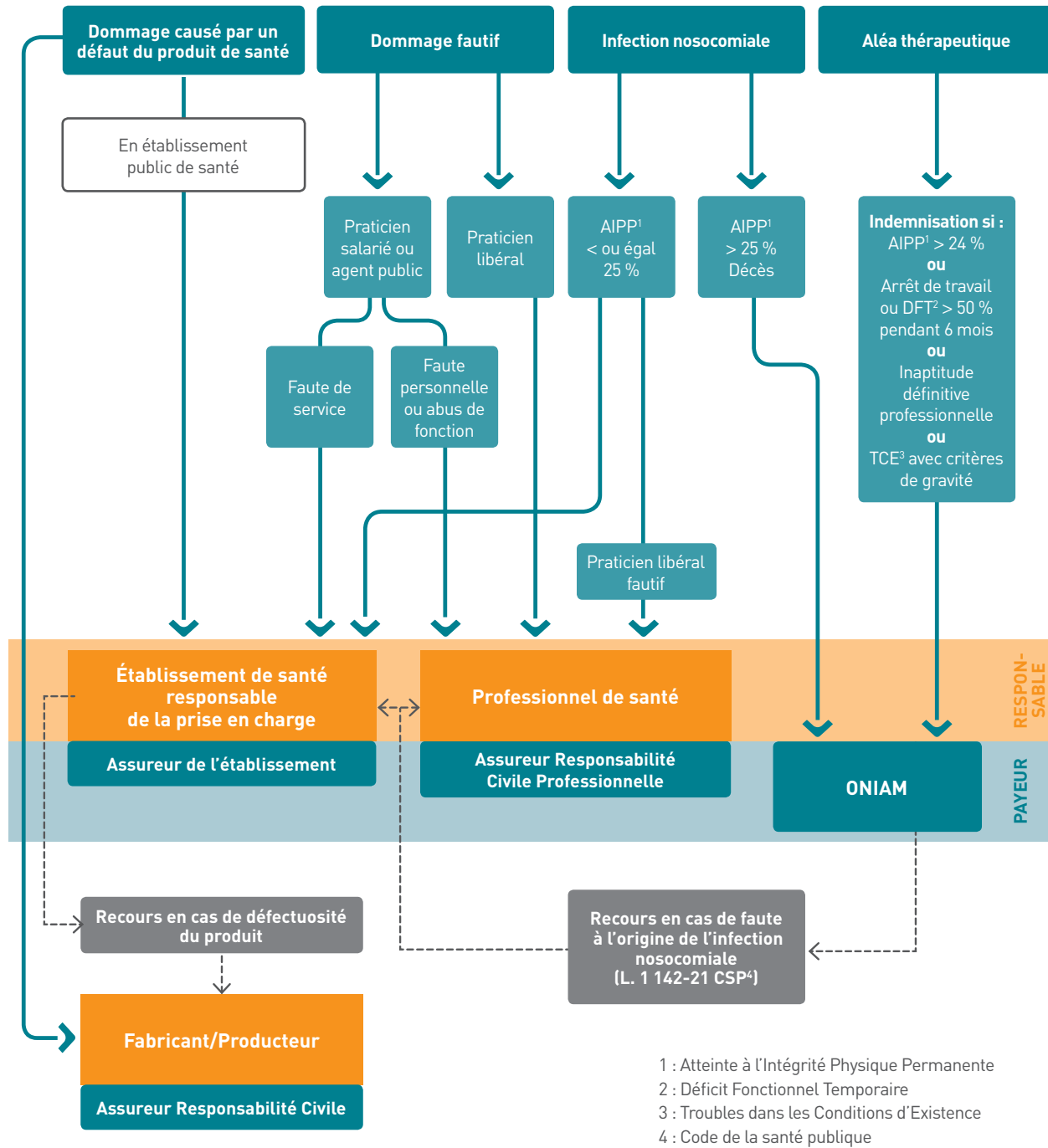
AIPP	Atteinte Permanente à l'intégrité Physique ou Psychique
CA	Cour d'Appel
CAA	Cour Administrative d'Appel
CE	Conseil d'État
CCI	Commission de Conciliation et d'Indemnisation
CRUQ	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge
CSP	Code de la santé publique
CP	Code pénal
CPP	Code de Procédure Pénale
DFP	Déficit Fonctionnel Permanent
DFT	Déficit Fonctionnel Temporaire
IN	Infection Nosocomiale
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux
RC	Responsabilité Civile
RCM	Responsabilité Civile Médicale
RCP	Responsabilité Civile Professionnelle
TA	Tribunal Administratif
TGI	Tribunal de Grande Instance
TI	Tribunal d'Instance



3.2 Glossaire

Aléa thérapeutique	Accident médical non fautif pouvant donner lieu, sous certaines conditions, à indemnisation par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale. Cf. 1.4.a.
Consolidation	Il s'agit du moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et de révisions possibles. Cf. Code de la Sécurité sociale Annexe I : barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) (application de l'article R.434-35).
Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)	Poste indemnitaire de nature extrapatrimoniale évalué après consolidation par référence au taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique - AIPP - (anciennement Incapacité Permanente Partielle - IPP -). Ce poste de préjudice vise à indemniser le handicap fonctionnel affectant la victime de manière définitive.
Déficit Fonctionnel Temporaire (DFT)	Poste indemnitaire de nature extrapatrimoniale évalué avant consolidation. Ce poste de préjudice vise à indemniser les troubles dans les conditions d'existence affectant la victime de manière temporaire.
Délai de prescription	Délai commun à la procédure civile (action engagée contre un établissement privé ou un professionnel de santé) et administrative (action engagée contre un établissement public). Il s'agit du délai durant lequel une victime est en droit d'engager une action en responsabilité civile pour obtenir une indemnisation : ce délai est de 10 ans à compter de la consolidation du dommage (article L.1142-28 CSP).
Délai de recours contentieux	Délai spécifique à la procédure administrative, c'est-à-dire en cas d'action en responsabilité civile engagée contre un établissement public. Il s'agit du délai durant lequel une victime peut saisir le tribunal après s'être vue opposer un refus d'indemnisation par l'établissement concerné : ce délai est de 2 mois à compter de la notification du refus. On parle aussi de délai de forclusion : passé ce délai, le recours de la victime est dit forclus.
Dire (en expertise)	Observations écrites adressées par les parties à l'expert judiciaire après la réunion d'expertise.
Dommage associé aux soins (DAS)	Conséquence d'un évènement indésirable dont l'origine peut être diverse : complication liée à la pathologie du patient, aléa thérapeutique, dysfonctionnement ou erreur. Selon le cas, le dommage peut avoir des répercussions physiques, psychologiques, voire sociales et matérielles. Guide HAS « Annonce d'un dommage associé aux soins » - mars 2011 (www.has-sante.fr)
Infection nosocomiale	Infection contractée à l'occasion d'une prise en charge en établissement de santé ou au cabinet d'un médecin.
Réclamation indemnitaire	Demande d'indemnisation (dommages et intérêts) formulée par un patient invoquant un dommage associé aux soins.
Recours subrogatoire	Recours exercé par une personne ayant indemnisé une victime sans être celui dont la responsabilité finale était engagée. L'objectif d'un tel recours est d'obtenir, auprès du responsable final, le remboursement de l'indemnité versée. On parle aussi d'action récursoire.
Responsabilité civile	Responsabilité dite « indemnitaire » : lorsque la responsabilité civile d'une personne est engagée, cette dernière est tenue de réparer le dommage qu'elle a causé au moyen d'une somme d'argent appelée « dommages-intérêts ». NB : lorsqu'elle est appliquée à un établissement public, on parle aussi de « Responsabilité administrative ».
Responsabilité administrative	Responsabilité civile des établissements publics Cf. « Responsabilité civile ».
Responsabilité pénale	Responsabilité dite « répressive » : lorsque la responsabilité pénale d'une personne est engagée, cette dernière est sanctionnée au moyen d'une peine d'emprisonnement et/ou d'amende.

3.3 Dommages associés aux soins : qui indemnise la victime ?



3.4 Dommages associés aux soins : mesures conservatoires

Dès la survenue d'un incident dommageable, outre les signalements aux autorités compétentes prévus par les textes, il est essentiel de s'assurer de la bonne tenue du dossier du patient, de veiller à la conservation des preuves et, dans les cas extrêmes de survenue d'un décès, d'envisager l'opportunité d'une autopsie. L'ensemble de ces mesures permettra, le cas échéant, de mieux gérer la suite des événements en cas de plainte, voire de réclamation du patient.

DANS TOUS LES CAS	<p>S'assurer de la bonne tenue du dossier patient</p> <p>La bonne tenue du dossier patient constitue un élément déterminant en cas de contentieux RCM. En effet, plusieurs mois après l'incident, le juge et l'expert n'ont plus que les « écrits » pour apprécier la qualité d'une prise en charge.</p> <p>C'est pourquoi, en cas de survenue d'un incident dommageable, il est essentiel de s'assurer que les éléments de la prise en charge (examens, suivi, vérifications...) ont été correctement transcrits dans le dossier du patient.</p> <p>À ce titre, attention aux « transmissions ciblées » qui consistent à ne noter que les vérifications et examens donnant lieu à un résultat anormal. En effet, en cas d'aggravation subite non anticipée de l'état de santé d'un patient, le juge recherchera nécessairement si, dans les heures précédant cette aggravation, le suivi a été attentif, régulier et consciencieux. Ce n'est qu'en parvenant à prouver que les résultats étaient jusque-là normaux, qu'il pourra être démontré que l'aggravation présentait un caractère imprévisible.</p> <p>Dans un contentieux RCM, aux yeux du juge comme de l'expert, « ce qui est noté est fait. Ce qui n'est pas noté, n'est pas fait. ».</p>
EN CAS DE DOMMAGE CAUSÉ PAR UN MATÉRIEL OU UN PRODUIT DE SANTÉ	<p>Mettre le matériel ou le produit sous séquestre en vue d'une expertise technique</p> <p>Lorsqu'un dommage est causé par un matériel ou un produit (matelas chauffant, cathéter, stérilisateur, respirateur, prothèse...), la réclamation du patient est, en pratique, spontanément dirigée contre l'établissement ou le professionnel de santé l'ayant utilisé.</p> <p>Or, il ne s'agit pas nécessairement du « responsable final ». En effet, si l'origine du dommage réside, non pas dans l'entretien ou l'utilisation, mais dans la conception ou la production, c'est la responsabilité civile du fabricant/producteur qui doit, en définitive, être engagée.</p> <p>C'est pourquoi, il est essentiel de conserver intact le matériel ou le produit en cause afin de permettre la réalisation d'une expertise technique contradictoire, indispensable pour démontrer le caractère défectueux.</p>
EN CAS DE DÉCÈS	<p>Procéder à une autopsie si elle s'avère nécessaire</p> <p>En cas de décès, dans certains cas, l'autopsie s'avère être le seul moyen permettant d'obtenir un diagnostic sur les causes.</p> <p>Pourtant, les professionnels de santé sont souvent mal à l'aise vis-à-vis des proches et se croient, à tort, tenus d'obtenir leur autorisation.</p> <p>L'autopsie médicale, pratiquée en dehors de tout cadre judiciaire, est prévue à l'article L.1211-2 du code de la santé publique, lequel renvoie aux articles L.1232-1 et suivants du même code relatifs aux prélèvements sur personne décédée.</p> <p>Or, ces dispositions autorisent le prélèvement, et par conséquent l'autopsie, dès lors que « la personne n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus ». Ainsi, lorsque le médecin interroge les proches d'un patient décédé à propos de l'autopsie envisagée, il ne doit pas recueillir leur propre autorisation mais seulement s'assurer que le patient n'avait pas fait connaître, de son vivant, son refus de prélèvements post-mortem.</p> <p>NB : L'éventuel refus de prélèvement enregistré sur le registre national automatisé doit évidemment être considéré comme une opposition à l'autopsie.</p> <p>À titre exceptionnel, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort, l'autopsie peut être réalisée en dépit de l'opposition exprimée par le défunt de son vivant (L.1211-2 CSP).</p> <p>En tout état de cause, le signalement d'un obstacle médico-légal lors de la rédaction du certificat de décès peut conduire le Procureur à ordonner une autopsie dans un cadre judiciaire coercitif.</p>



3.5 Déclaration de sinistre : l'indispensable pour l'assureur

1. Copie de la réclamation indemnitaire du patient

2. Copie des éléments du dossier patient en lien avec sa réclamation

- Lettre médicale initiale d'accueil.
- Observation médicale initiale (Urgences, SAMU, service d'accueil).
- Compte rendu opératoire, feuille d'anesthésie et feuille de réveil.
- Dossier de suivi infirmier.
- Feuilles de prescription médicale.
- Examens bactériologiques avec antibiogrammes.
- Examens TDM, IRM, Radio... (contretype et compte rendu initial).
- Rythme et résultats des contrôles bactériologiques systématiques.
- Dossier obstétrical dans son intégralité avec ERF monitoring.

3. Rapport synthétique reprenant les informations nécessaires à l'étude médico-légale de la réclamation

- Motif d'entrée du patient, à la demande de qui ?
- Statut de l'hospitalisation (secteur public ou libéral).
- Confirmation de la nécessité de l'hospitalisation : sur quels examens cliniques et quels examens para-cliniques ?
- Indication de l'hospitalisation, des interventions réalisées.
- Déroulement chronologique précis des soins ayant entraîné l'accident : chirurgie, soins médicaux, soins paramédicaux, accouchement...
- Service(s) concerné(s) (par ordre chronologique) et rôle dans la prise en charge.
- Intervenants médicaux et non médicaux : nom, fonction, statut (hospitalier ou libéral), rôle joué dans la prise en charge du patient (par ordre chronologique).
- Suites de soins et évolution, date de sortie, état clinique à la sortie.
- Destination de sortie et consignes prises (rendez-vous, ordonnances, lettre de sortie...).
- Appréciation globale sur la prise en charge du patient en soulignant les difficultés particulières liées au contexte et les éventuelles défaillances dans les soins.
- Réponses (argumentées) aux griefs du patient ou sa famille.
- Énoncé des différentes hypothèses permettant d'expliquer la survenue de l'accident (laquelle doit être privilégiée et pourquoi ?).
- Information délivrée au patient avant les soins (évaluation bénéfices/risques), modalités de délivrance de l'information (nombre d'entretien, fiche d'information écrite éventuelle...), traçabilité (mention dans le dossier patient, courrier au médecin traitant, signature d'une attestation d'information...).
- Organisation du Service : internes, praticiens seniors, compétences de chacun. Nombre d'anesthésistes de garde et d'astreinte, nombre de chirurgiens de garde et d'astreinte, radiologue de garde et d'astreinte... Description du bloc opératoire et de la salle de réveil en précisant le personnel médical et non médical affecté...

4. Bibliographie médicale concernant la complication rencontrée

PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

Depuis plus de 90 ans, Sham est le partenaire de référence des acteurs de la santé et de l'action sociale, proposant des solutions spécialisées dans l'assurance et le management des risques d'activités.

Sham anticipe, s'adapte et propose des réponses concrètes au service de l'amélioration des pratiques et de la diminution du risque. De par son statut de société d'assurances mutuelle, Sham est bien plus qu'un assureur, c'est un acteur engagé au quotidien au côté de ses clients.

www.sham.fr

 sham

PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

une société du groupe relyens



Sham, l'assureur spécialiste du secteur et des acteurs de la santé et du médico-social.

Sham accompagne les acteurs de la santé
et du médico-social depuis plus de 90 ans.
Par son approche globale, Sham offre à ses sociétaires
des solutions d'assurance et de management des risques
adaptées à leurs besoins et spécificités.

Sham
18 rue Édouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - Fax : +33 (0)4 72 74 22 32
www.sham.fr



Sham est certifiée ISO 9001 pour ses prestations
(assurance, formation, gestion des risques) délivrées
aux acteurs de la santé, du social et du médico-social
Entreprise régie par le Code des Assurances.



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

une société du groupe **relyens**