

J'AI CHOISI LA PROCEDURE AMIABLE ; QUE DOIS-JE FAIRE ? COMMENT FONCTIONNE LE DISPOSITIF ?

Le dispositif de règlement amiable est construit autour de deux institutions :

- Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) qui se prononcent sur l'existence d'un accident médical et le qualifie (faute ou aléa) ;
- L'Office National d'indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) qui indemnise les conséquences des accidents médicaux non fautifs et des infections nosocomiales, au terme de la procédure de règlement amiable ou d'une procédure judiciaire.

Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CRCI) instituées par la loi du 4 mars 2002 et régies par le décret 2002-886 du 3 mai 2002 ont été mises en place depuis le mois de mai 2003 (Chap. 1).

Toutes personnes s'estimant victime d'un accident médical (fautif ou non) ou d'une infection nosocomiale peuvent les saisir sous réserve de remplir les critères légaux, notamment en terme de gravité des séquelles (Chap. 2).

Le fonctionnement des Commissions peut se résumer en deux mots : souplesse et pragmatisme (Chap. 3).

En cas d'avis retenant un accident médical (fautif ou non), la victime doit recevoir une offre d'indemnisation dans les quatre mois (Chap. 4) de la part de l'ONIAM (accident médical non fautif, ou de l'assureur du tiers responsable (accident médical fautif).

1. Les CRCI : composition et répartition

l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) n'intervient pas dans la procédure devant la CRCI : il n'est pas « mis en cause », n'a pas la qualité de partie, et n'intervient pas à l'expertise.

Les CRCI sont indépendantes de l'ONIAM. Cependant ces dernières n'ayant pas personnalité morale, c'est l'ONIAM qui assure leurs moyens de fonctionnement.

Répartition géographique

Il existe une commission par région ou regroupement de région (Ile de France, Rhône-Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur, Pays de Loire, Bretagne...) Toutes les adresses figurent sur le site des CRCI (www.commissions-crci.fr)

La composition

Les Commissions Régionales sont présidées par un magistrat professionnel.

Elles sont composées de :

- 6 représentants des usagers ;
- 2 représentants des professionnels de santé,
- 1 praticien hospitalier,
- 1 responsable d'établissement public de santé,
- 2 responsables d'établissements de santé privés,
- 2 représentants de l'ONIAM,
- 2 représentants des assurances,
- 4 personnalités qualifiées.

Les associations de patients ont pour mission de faire entendre la voix des usagers dans le cadre d'une commission très « médicalisée ».

2. Saisine et compétence

ATTENTION

les CRCI ne sont compétentes que pour les accidents survenus après le 4 septembre 2001.

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE



Toute personne physique qui s'estime victime d'un accident médical ou d'une infection nosocomiale, peut soumettre son dossier aux commissions régionales.

Cet accès est restreint aux accidents « graves », répondant à quatre critères alternatifs, définis par le décret du 4 avril 2003 :

- une invalidité résiduelle supérieure à 24% en terme d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ;
- 6 mois d'incapacité de travail (suite à une évolution « de facto », ce critère s'est transformé en 6 mois de déficit fonctionnel temporaire, ce qui signifie que la population inactive (étudiants, retraités...) peuvent bénéficier de ce critère) continu ou 6 mois d'invalidité non consécutifs sur une période de 12 mois ;
- si l'accident a rendu la victime inapte à exercer son activité professionnelle,
- si l'accident a occasionné des troubles graves dans les conditions d'existence, y compris d'ordre financier (ce critère « balais » est apprécié de manière de plus en plus restrictif par les commissions). Il s'applique, par exemple, aux personnes âgées qui ont perdu leur autonomie suite à l'accident médical dont ils ont été victimes.

L'accès à cette commission est gratuit, le ministère d'avocat n'est pas obligatoire, même s'il semble conseillé.

En pratique, la plupart des victimes d'accidents médicaux ou d'infections nosocomiales peuvent répondre à l'un ou l'autre de ces critères.

La commission est saisie par la victime ou ses ayants droits au moyen d'un formulaire qui est disponible sur le site : www.oniam.fr ou sur le site des commissions : www.commissions-crci.fr

Il appartient à la victime d'adresser avec ce formulaire l'ensemble de son dossier médical.

La victime doit joindre un certificat médical décrivant, avec précision, ses séquelles.

Par ailleurs, la victime doit désigner les professionnels de santé qu'elle entend mettre en cause (établissement (s), praticien(s)). Il ne faut hésiter à « viser large » car l'omission de tel ou tel intervenant peut retarder l'issue de la procédure de plusieurs mois.

Dans un premier temps, la commission devra faire un tri entre les dossiers manifestement irrecevables (date de l'accident médical, seuils de gravité non atteints...) et les dossiers admissibles.

Le résultat de ce premier filtre, décision de pure administration interne, ne peut faire l'objet d'un recours.

Les dossiers recevables seront instruits par la commission, qui devra rendre son avis dans les 6 mois de sa saisine.

3. Le fonctionnement de la Commission : de l'expertise à l'avis

L'expertise

La Commission après enregistrement du dossier, diligente une expertise.

Le choix de ou des expert(s) est une décision interne, la victime n'est pas consultée.

Cette expertise est contradictoire : l'Expert désigné par la commission convoque et entend les parties et doit s'assurer que l'ensemble des pièces ont été échangées.

Il est essentiel que les victimes soient assistées au cours des réunions d'expertise, au moins par un médecin de recours compétent, dont, idéalement, l'intervention sera complétée par la présence d'un avocat spécialisé ou d'une association de patient (concernée par la pathologie en cause !).

En pratique, les compagnies d'assurances envoient systématiquement un médecin conseil en pour les dossiers importants, leur avocat.

En substance, l'expert doit :

- constater la réalité d'un dommage « anormal » au regard de l'état antérieur de la victime,
- se prononcer sur l'existence d'une faute ou d'un aléa thérapeutique,
- évaluer les préjudices du patient...

Les victimes doivent faire état de l'ensemble de leurs préjudices auprès de l'expert, sans rien oublier (handicap, besoin d'assistance, répercussions morales, préjudices sexuels...).

Il peut être utile de préparer à l'avance un document écrit qui sera confié à l'expert.

Aux termes de cette réunion (qui peut en appeler une seconde si l'expert estime qu'il faut mettre en cause un ou plusieurs autres professionnels de santé), l'expert rédige son rapport qui est adressé aux parties par la commission.

L'avis

Avant de conclure l'instruction du dossier, la Commission entend les parties qui le souhaitent ou leurs représentants au cours d'une réunion collégiale : c'est le second « temps fort », après l'expertise, de la procédure.

La Commission peut solliciter (éventuellement à la demande -motivée- d'une partie) une contre-expertise ou un complément d'expertise.

Si la Commission conclut que le dossier n'entre pas dans ses compétences, (dommage n'entrant pas dans les critères de gravité, ou s'analysant ni en aléa, ni en faute, car étant dans les suites « normales » de la pathologie initiale, elle prononcera un avis de rejet.

Les avis de la commission sont insusceptibles de recours.

La victime qui estime que son dossier a été injustement écarté n'aura d'autre recours que les tribunaux judiciaires ou administratifs.

Si l'expertise détermine que le dossier est « recevable » (que ce soit sur le fondement de la faute ou de l'aléa), la Commission rend un avis d'indemnisation.

Cet avis :

- conclut à l'existence d'une faute ou d'un aléa thérapeutique, d'une infection nosocomiale (fautive ou non) ;
- évalue les préjudices.

Cet avis est adressé aux parties, et le cas échéant à l'ONIAM, si la CRCI a conclu à un aléa thérapeutique.

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIEUR DE LA REPUBLIQUE



Il est essentiel de comprendre que cet avis demeure purement facultatif : il ne lie pas plus la victime et l'assureur que l'ONIAM.

Chacun conserve sa liberté d'appréciation et peut préférer s'en remettre aux tribunaux.

4. L'Indemnisation : les assureurs ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

Dans les suites d'un avis retenant un accident médical et des préjudices supérieurs aux seuils, la victime doit recevoir une offre d'indemnisation dans les quatre mois, ce qui ne signifie pas qu'elle sera indemnisée dans ce délai.

Deux situations doivent être distinguées : la faute et l'aléa.

L'aléa thérapeutique

Si l'avis affirme que l'accident médical doit être qualifié d'aléa thérapeutique, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) soumet à la victime une offre d'indemnisation.

Cependant, l'ONIAM qui intervient pour la première fois dans la procédure, conserve sa liberté d'appréciation quant à l'avis qui lui est adressé.

Cela signifie que l'ONIAM peut refuser de soumettre une offre s'il estime, contrairement à la Commission, qu'il n'y a pas d'accident médical.

Cette situation, qui demeure exceptionnelle, a été validée par le conseil d'Etat (C.E Sachot, 10 oct. 2007).

Pour établir son Offre, l'Office aura besoin de l'ensemble des pièces justificatives des dommages personnels et patrimoniaux subis par la victime.

Si l'offre est acceptée par le patient, ce dernier signe avec l'Office un protocole transactionnel qui rend cette indemnisation définitive.

Ce protocole contient en outre une clause subrogatoire, ce qui signifie que la victime accepte que l'ONIAM recherche le remboursement des indemnités versées auprès de tout tiers responsable.

Cela vise l'hypothèse où l'ONIAM considère que l'accident médical, qualifié d'aléa thérapeutique par la Commission, dissimule une faute (Article 1142-17 alinéa 4 du Code de la santé publique).

Si l'offre de l'ONIAM est jugée insuffisante par la victime, elle peut saisir la juridiction devant laquelle aurait été portée la réclamation initiale (Tribunal de Grande Instance pour une clinique, Tribunal Administratif pour un hôpital), le cas échéant en sollicitant une provision en référé ou devant le juge de la mise en état.

La faute

Si la Commission conclut à une faute, il appartient à l'assureur de la (ou des) personne(s) morale(s) (l'établissement hospitalier) ou physique(s) (le praticien) considéré(s) comme fautive(s) de faire une offre d'indemnisation.

Cette offre est négociée librement par la victime et l'assureur du tiers responsable.

Si elle est refusée, le contentieux est porté devant les tribunaux compétents en pareille matière.

En cas d'absence d'offre ou d'offre « manifestement dérisoire » (NDA : cette notion n'existe pas dans la loi, mais on procède par assimilation), l'ONIAM peut, à la demande de la victime se substituer à l'assureur défaillant et indemniser la victime.

Comme en matière d'avis concluant à un aléa, l'Office peut refuser de suivre l'avis de la commission, notamment parce qu'il partage l'analyse de l'assureur sur l'absence d'accident médical.

Si l'ONIAM retient la réalité de l'accident médical, un protocole transactionnel sera signé entre l'Office et la victime.

Là encore, si la victime refuse l'Offre de l'ONIAM, elle doit recourir aux tribunaux, mais contre l'assureur : l'ONIAM n'étant intervenu qu'en substitution, on en revient à la situation initiale.

Si l'offre de l'ONIAM est acceptée, l'Office, après avoir désintéressé le patient, exercera ensuite son action subrogatoire contre l'assureur, c'est-à-dire demandera le remboursement des sommes versées auprès du tiers responsable (Art. 1142-15 du Code de la santé publique), augmentées d'une pénalité de 15%.

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE

 N° Azur 0 810 455 455

du lundi au vendredi de 9H à 20H
prix d'un appel local