

# Des droits des usagers...

... Aux usagers du droit  
Un labyrinthe simplifié ?

31/01/2005

Dr Ph DONNOU      BREST

Médecin-conseil de victimes

Droit de la responsabilité médicale

# Evolution récente depuis la loi Kouchner (04/03/02)

- Avant mars 2002 :
  - disparité entre les procédures civile et administrative
- Depuis mars 2002 :
  - uniformisation entre les procédures civile et administrative

# Les grands axes de la loi

- Une solution analogue aux victimes
- Délai de prescription : 10 ans (à compter de la consolidation)
- Notion de faute prouvée à l'encontre des praticiens
- Notion d'aléa (médical-iatrogénique-nosocomial)  
→ solidarité nationale  
ONIAM
- Création de commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI régionales)
- Accès au dossier médical

# Evolution de la relation médicale

- Du paternalisme vertical
  - La bienfaisance
  - L'information limitée
  - Le consentement effleuré
- Au partenariat horizontal
  - Primauté et dignité de la personne
  - Patient acteur de la relation
  - Obligation d'information et de consentement
- Levinas :
  - « L'accès au visage de l'autre »
- Dr Portes :
  - « La rencontre d'une confiance et d'une conscience »

# De l'empirisme à la technique

---

- Amélioration et diffusion du Savoir Médical
- Information du patient améliorée
- D'où mise en cause du corpus médical
- Mais : corrélation entre avancées techniques et apparition de nouveaux risques
- Qui doit assumer le risque ?
  - Patient
  - Médecin et / ou établissement
  - Solidarité nationale
  - Assurances

# Le mécanisme de l'erreur

- Le risque ZERO n'existe pas
- Le risque évitable existe
- Types de risques
  - Risque connu évitable
  - Risque connu imprévisible (aléa)
  - Risque méconnu (aléa)
- Trois types d'erreurs :
  - Erreur de routine (l'habitude)
  - Erreur d'activation de connaissance (mauvaise règle activée)
  - Erreur de possession de connaissance (ignorance de la solution à appliquer)

# La preuve de l'information

- L'arrêt Hédreul : 25/02/97
- Avant l'arrêt Hédreul :
  - Information à charge du patient
- Depuis l'arrêt Hédreul :
  - Inversion de la charge de la preuve
  - Information à charge du médecin : art 1315-1347 NCPC
- Preuves de l'information :
  - Par tout moyen (écrit-témoignage...) art 1348-loi 1111-5
  - « l'exécution d'une obligation est un fait juridique dont la preuve est libre »

# Le contenu de l'information

- Art 35 CDM : information claire, loyale, appropriée
- Avant la loi :
  - Risques graves
  - Puis risques graves les plus fréquents
  - Puis risques graves même exceptionnels
- Depuis la loi :
  - Risques fréquents ou graves normalement prévisibles : art 1111-2
  - Si dommages ou décès : obligation d'information dans les 15 jours art 1142-4
- Remarques :
  - Le médecin peut ignorer le risque exceptionnel
  - L'information peut influencer le consentement du patient



# Le consentement

- C'est la liberté fondamentale du patient
- L'acte est une atteinte à l'intégrité, illégitime, donc encadré
- L'acte médical est source de responsabilités
  - Pénale, civile, ordinaire, administrative
- Le consentement doit être libre et éclairé art 36 du CD
- La loi :
  - Prendre la décision avec le patient
  - Patient acteur
  - Respecter sa volonté et sa dignité
- Conditions du consentement
  - Arguments convaincants du médecin
  - Acte médical justifié et indispensable
  - Soins proportionnés à l'état du patient
- Actes sans consentement
  - Urgence vitale cause exonératoire d'information et de consentement
  - Sans atteinte à la liberté du patient

# La responsabilité pour faute

- La faute n'est pas définie dans le code civil
- Planiol :
  - « la faute est la violation d'une obligation pré-existante »
- Le principe général de la faute prouvée du médecin est retenu : loi 1142-1
- Obligation de moyens et non de résultats : Arrêt Mercier 20/05/36
- Le Droit impose :
  - Une faute imputable au praticien ou à l'établissement
  - Un préjudice (dommage indemnisable)
  - Un lien de causalité entre les deux, certain-direct-total
  - Des présomptions graves précises et concordantes (magistrat)
- A part : la chirurgie esthétique
  - Obligation de moyens renforcés, de quasi-résultat

# La responsabilité pour faute

- La faute éthique ou d'humanisme
  - La qualité de l'information préalable sur les risques
  - Le consentement du patient aux soins
  - Notion de perte de chance de n'avoir pu se soustraire à l'acte si dûment informé
- La faute technique (l'erreur qualifiée)
  - Diagnostic, traitement, suivi
- L'évaluation de la faute
  - Les données acquises de la science
  - Les standards de la médecine dans la spécialité concernée
  - Les connaissances générales de tout médecin
  - La difficulté du diagnostic et la complexité des soins
  - L'expérience et la formation professionnelle du médecin

# La responsabilité pour faute

- Il faut différencier :
  - L'évolution naturelle de la maladie (génie évolutif)
  - L'erreur médicale non fautive (déculpabiliser les médecins qui ont droit à l'erreur et qui doivent la revendiquer fortement) : bon travail clinique, avantages et risques bien pesés, information et consentement, standards vérifiés
  - L'erreur qualifiée qui est fautive
- La réparation de la faute prouvée est désormais fondée sur l'assurance obligatoire du médecin

# Responsabilité sans faute

- La notion est inscrite dans la nouvelle loi
- Triple distinction
  - Accident médical
  - Affection iatrogène (médicament-transfusion-actes invasifs...)
  - Infection nosocomiale
- Les critères de prise en charge
  - Acte imputable à un geste de prévention ou de soin
  - Conséquences anormalement graves
  - Acte indépendant de l'échec des soins
  - Seuils de gravités fixés par décret
- Deux écueils
  - Petits aléas non indemnisables (renvoi devant les juridictions)
  - Critères restrictifs

# L'infection nosocomiale IN

- Définition médicale en fonction des pathologies
- Pas de définition juridique
- Définition du Ministère de la Santé
  - IN si apparaît au cours ou au décours d'une hospitalisation et si était absente à l'admission dans l'établissement de santé
  - Un cabinet médical n'est pas un établissement de santé, sauf si soins invasifs

# La responsabilité de l'infection nosocomiale

- Les établissements

- Obligation de sécurité et de résultat sauf preuve d'une cause étrangère par impossibilité absolue d'empêcher le dommage, ce qui entraîne l'irresponsabilité totale : Loi 1142-1
- Irresponsabilité de l'établissement si : cause extérieure, insurmontable, imprévisible

- Le médecin

- Nécessité de la faute prouvée, dans une obligation de moyens par :
  - Faute d'asepsie
  - Diagnostic retardé
  - Mauvaise prise en charge etc...

# La réparation de l'infection nosocomiale

- Si faute prouvée du praticien
  - Assurance professionnelle
- Si faute (absence de sécurité de résultat) de l'établissement
  - Assurance de l'établissement
- Si infection grave (IPP > 25%) ou décès
  - Solidarité nationale et recours de l'ONIAM contre les responsables : loi du 30.12.2002
  - Recevabilité à compter du 01.01.2003
- Condamnation in solidum des responsables



# Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation

- Dispositif au centre de la loi
  - Possibilité non contentieuse offerte
  - Recours au juge possible à tout moment
  - La transaction financière éteint la procédure
- Les critères
  - La recevabilité à compter du 05/09/01
  - La compétence :
  - IPP > 24%-ITT de 6 mois sur 12-troubles graves de l'existence-perte définitive de l'emploi
- Début 2004 : 2064 dossiers, 375/mois pour 300/mois en 2003

# L'ONIAM

---

- Double rôle
- Indemniser les victimes si aléa
- Organiser le dispositif de règlement amiable
- CRCI et ONIAM indépendantes l'une de l'autre
- Au 15.06.04 : 132 demandes, 108 aléa, 17 aléa / faute, 2 aléa/faute/état antérieur

# L'accès au dossier

---

- Simplification des démarches
- Problèmes soulevés
  - Erreurs d'interprétation
  - Manque de culture médicale
  - Source de malentendus et de contentieux
  - Psychiatrie : opposition entre l'intérêt médical du patient et la loi offerte
  - Les notes personnelles ne font pas partie du dossier

# L'expertise médicale

- But :
  - Délivrer des conclusions médico-légales exploitables sur le plan du droit de la responsabilité (magistrat-assureur-ONIAM)
- L'avis de l'expert
  - Avis indépendant et discrétionnaire
  - Les décisions des caisses (Cotorep, etc...) ne s'imposent pas à l'expert
- Les obligations de l'expert
  - Respecter le contradictoire-l'indépendance-la neutralité
  - Ecoute
- Les experts
  - Judiciaire, PARIS
  - Assurance
  - Judiciaire et assurance, PROVINCES
  - Médecin-conseil de victimes, 10 % des dossiers

# L'ouverture d'un dossier en responsabilité

- Pré-évaluation indispensable
  - Coopération étroite patient-avocat-médecin-conseil de victimes
  - Passer de l'affectif à la technique
  - S'engager ou refuser
- Les moyens
  - Le dossier médical
  - Les avis autorisés avant l'expertise (médical-juridique)
- Les procédures
  - Amiable
  - Précontentieuse (CRCI)
  - Pénale
  - Civile
  - Administrative
  - Déontologique
- Les rôles essentiels
  - Le médecin-conseil de victimes : éthique, technique, déontologie
  - Les associations de défense des consommateurs

# Conclusions

---

- Uniformisation des procédures depuis le 4 mars 2002
- La loi n'élimine pas le poids de la jurisprudence
- La loi ne peut régler tous les litiges
- Le patient doit différencier avec l'aide de son conseil (avocat-médecin)
  - Le génie évolutif de la maladie du fait du patient
  - L'erreur médicale non fautive
  - La faute médicale (erreur qualifiée)
  - La part de l'affectif qui nuit à l'analyse technique pure

« Le premier devoir des hommes est  
d'être juste »

Voltaire