

L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux

Vincent DANG VU¹

RÉSUMÉ

L'auteur s'attache tout d'abord aux conséquences indemnitaires de la mise en cause de la responsabilité médicale, il traite ainsi la prise en charge par la solidarité nationale, les accidents médicaux et infections nosocomiales puis la réparation au titre de la responsabilité civile et de la responsabilité administrative.

Dans une deuxième partie, l'auteur explicite les conséquences de la mise en cause de la responsabilité médicale aux fins de sanction, en traitant tout d'abord de la responsabilité pénale puis de la responsabilité disciplinaire.

Mots-clés : ONIAM, CNAM, CRCI, responsabilité civile, responsabilité contractuelle, responsabilité délictuelle, responsabilité administrative, responsabilité pénale, responsabilité disciplinaire.

SUMMARY

INDEMNIFICATION OF VICTIMS OF MEDICAL ACCIDENTS

The author first of all examines the consequences for indemnification of challenging the medical liability, dealing thus with management by national solidarity, medical accidents and hospital-induced infections then compensation in accordance with civil liability and administrative liability.

In the second part, the author clarifies the consequences of challenging medical liability with a view to sanctions, by dealing first of all with penal liability then with disciplinary liability.

Key-words: ONIAM, CNAM, CRCI, civil liability, contractual liability, tort, administrative liability, penal liability, disciplinary liability.

1. Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Ancien Assistant chef de clinique.
Rhumatologie – Radiologie osseuse – Electromyographie.
Adresse : 17 Grande allée de la Faisanderie, 77185 Lognes, France.

La responsabilité est l'obligation morale ou juridique de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences.

La responsabilité trouve son fondement principal dans la notion de faute.

Pour Planiol, la faute est la violation d'une obligation préexistante.

La faute est une défaillance, un manquement à une règle préétablie, si, pour la définition, on s'inspire de l'origine étymologique du mot faute venant de fallere : faillir, manquer.

Cette définition renvoie donc à l'existence du devoir qui s'impose à l'homme, on peut ainsi également définir la faute comme une transgression d'un devoir préexistant.

La responsabilité est tout d'abord morale.

La morale, soit le sens du bien et du mal, devient ainsi un premier repère, pour l'action médicale.

Le médecin est alors responsable devant sa conscience, le médecin agit ainsi en fonction du sens du devoir.

On peut aussi parler de responsabilité religieuse, lorsque le médecin, croyant, répond de ses actes, devant Dieu.

Un exemple concret est celui de l'interruption volontaire de grossesse à laquelle participe le médecin, acte réprouvé par l'Église catholique.

La responsabilité est l'obligation morale ou juridique de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences.

La responsabilité au sens juridique du terme recouvre 2 réalités.

Dans une première signification, le responsable encoure une sanction.

Les sanctions peuvent être soit pénales, relevant de la responsabilité pénale, soit disciplinaires, relevant de la responsabilité disciplinaire.

Dans une seconde signification, le responsable est tenu d'indemniser la victime.

L'indemnisation peut incomber soit au responsable lui-même ou à son assureur de responsabilité civile, soit à son employeur ou à l'assureur de celui-ci, dans l'hypothèse d'un salariat (cas de la responsabilité administrative des hôpitaux et de la responsabilité civile des cliniques).

Le patient, qui s'estime victime d'un acte médical peut rechercher l'une ou l'autre de ces responsabilités ou les mettre en jeu, toutes simultanément.

A. RESPONSABILITÉ AUX FINS D'INDEMNISATIONS

Selon que l'acte médical est été réalisé dans un établissement public ou dans le cadre d'un exercice libéral, la responsabilité aux fins de l'indemnisation devra être recherchée devant les juridictions de l'ordre administratif ou devant les juridictions de l'ordre judiciaire (Tribunal d'instance ou de grande instance, Cour d'appel, Cour de cassation).

Dans la première hypothèse, on parle de "responsabilité administrative", dans la deuxième, de "responsabilité civile".

En outre, depuis la loi du 4.03.02 dite "Loi Kouchner", la responsabilité indemnitaire pourrait être mise en cause dans le cadre d'une procédure amiable devant la CRCI (Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des victimes d'accidents médicaux).

1. La prise en charge des accidents médicaux, affections iatrogènes et des infections nosocomiales par la Solidarité nationale

La loi du 04.03.2002 a mis en place un nouveau dispositif destiné au règlement amiable en cas d'accident médicaux, d'affections iatrogéniques ou d'infections nosocomiales.

La loi du 4 mars 2002 a pour but une réparation des événements médicaux dommageables non imputables à une faute médicale. Pour ce faire, elle a créé l'ONIAM (Office National des Accidents Médicaux), la CNAM (Commission Nationale des Accidents Médicaux) et les CRCI (Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation) (article 1142-2 du Code de la santé publique, décret n°2002-886 du 3 mai 2002).

Cette loi du 4 mars 2002 présente comme originalité de fusionner la réparation des actes libéraux et des actes hospitaliers.

On peut considérer que le dispositif d'indemnisation repose sur 3 paliers :

- les CRCI (Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médi-

caux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) et qui traitent des plaintes en raison des dommages relatifs aux systèmes de santé.

- l'ONIAM (Office National d'Indemnisations des Accidents Médicaux) qui joue le rôle de « fournisseur » de moyens, matériels et humains de fonctionner pour les CRCI et le rôle de payeur dans le cadre de solidarité nationale pour les victimes.
- La CNAM (Commission Nationale des Accidents Médicaux) qui a une mission générale vis-à-vis des CRCI par un pouvoir de recommandation qui est de superviser et d'harmoniser leur fonctionnement et leur pratique.

Elle a la mission plus spécifique en matière d'expertises avec la mission de dresser une liste d'experts spécialisés en accident médicaux.

a. L'ONIAM

aa. Les missions de l'ONIAM

L'ONIAM possède grossièrement 2 missions : permettre l'organisation effective du dispositif du règlement amiable des accidents médicaux prévus par la loi 2002 et d'indemniser les victimes.

Dans le cadre de sa 1^{ère} mission, il participe à la mise en place des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des Accidents Médicaux assurant la mise à disposition de personnels auprès de ces structures ainsi que leur gestion administrative. L'ONIAM est un établissement public doté de fonds publics destinés en particulier à financer le fonctionnement des CRCI.

En effet, les CRCI n'ont pas de personnalité morale, elles ne peuvent donc ni disposer des moyens nécessaires à leur fonctionnement, ni les gérer.

L'ONIAM, qui est par contre un établissement administratif de l'Etat, dispose de la capacité juridique nécessaire à cette gestion.

Néanmoins les CRCI sont indépendantes de l'ONIAM, en particulier quant aux avis qu'elles sont amenées à donner. Le magistrat président de la CRCI, bien que rémunéré par l'ONIAM n'est pas soumis à l'autorité du directeur de l'Office (articles L.1142-6 et R.1142-7). L'ONIAM n'a donc pas d'autorité sur les CRCI, il garde par contre un libre-arbitre par rapport

aux avis émis par les commissions. Il peut ainsi refuser de faire une offre d'indemnisation des victimes s'il estime que l'avis est manifestement infondé ou encore s'il considère que la saisine de la CRCI est irrégulière. Cependant, cette possibilité reste exceptionnelle.

Dans le cadre de sa 2^e mission, l'ONIAM est chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale, en l'absence de faute et pour des préjudices atteignant des niveaux de gravité requis :

- des dommages créés par un accident médical, une affection iatrogène,
- des dommages causés par des affections nosocomiales ayant entraîné une incapacité permanente supérieure à 25% ou un décès.

Des victimes ou contamination par le VIH (article L.1142-22 du Code de la santé publique)

De la maladie de Creutzfeld-Jacob transmise par l'utilisation d'hormone de croissance d'origine humaine

Des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire (décret du 30 décembre 2005)

L'ONIAM est un établissement public à caractère administratif de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé, financé par les organismes d'assurance-maladie.

Une dotation est versée par l'Etat pour couvrir l'indemnisation des dommages directement liés à une vaccination obligatoire.

bb. La composition de l'ONIAM

L'ONIAM est administré par un conseil de 22 membres, le président et le directeur étant nommés par décret.

L'ONIAM est dotée, comme la plupart des personnes morales, d'un conseil d'administration pour sa propre gestion et d'un directeur qui est chargé de ses missions essentielles. Le président du conseil d'administration est nommé par décret pris sur proposition du ministre chargé de la santé. Il est nommé pour 3 ans, renouvelable une fois, et il a un suppléant nommé dans les mêmes conditions parmi les membres du conseil d'administration. La composition du conseil d'administration de l'ONIAM est fixée, de façon à ce qu'il y ait parité entre les représentants de l'Etat d'une part et les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance-

maladie, les personnalités qualifiées, ainsi que les représentants de l'ONIAM d'autre part. On compte ainsi

— 11 membres :

. le directeur général de la santé ou son représentant

. le directeur de la Sécurité sociale ou son représentant

. le directeur de l'hospitalisation ou de l'organisation des soins ou son représentant

. le directeur général de l'action sociale ou son représentant

. le directeur de l'administration générale, du personnel et du budget au Ministère de la santé ou son représentant

. le directeur du budget ou son représentant

. le directeur du Trésor ou son représentant

. le directeur des affaires civiles et du sceau ou son représentant

. le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au Ministère de l'agriculture ou son représentant

. le directeur général de l'industrie, des technologies de l'information et des postes ou son représentant

. le directeur des relations du travail ou son représentant

— 9 personnalités qualifiées ou portant un intérêt spécifique au système de santé

— 2 personnalités qualifiées en matière de responsabilité médicale et de réparation du risque sanitaire

— 2 représentants des usagers proposés par les associations de personnes malades et des usagers de système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national

— 1 représentant des organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives

— 1 représentant des organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives

— 1 représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

— 1 représentant des professionnels de santé, exerçant à titre libéral, composé par le Centre national des professions de santé

— 1 représentant des professionnels de santé, exerçant dans les établissements publics de santé, désigné après avis des organisations syndicales représentatives au plan national

— 2 représentants du personnel de l'ONIAM.

cc. Le fonctionnement indemnitaire de l'ONIAM

Il n'intervient qu'à titre subsidiaire, en l'absence de responsabilité d'un professionnel de santé ou supplétif, c'est-à-dire lorsque la responsabilité médicale est engagée mais qu'aucun assureur n'a en tout ou partie indemnisé la victime.

α. En cas de faute d'un professionnel de santé

Ce peut être le cas, par exemple, en l'absence de souscription d'assurance, de suspension des garanties pour un non paiement des primes ou d'un préjudice supérieur au plafond de garantie accordé. Cette notion rappelle celle du Fonds de garantie automobile, assurant une indemnisation aux victimes d'accidents de circulation, au titre de la loi Badinter ou du Fonds d'Indemnisation des Victimes d'Infraction (FIVI).

Si le praticien fautif n'est pas assuré ou lorsque son plafond d'assurance est dépassé ou lorsque l'assureur ne propose pas d'offre d'indemnisation dans les délais impartis, la CRCI, avisée par la victime, doit en informer l'ONIAM qui dispose d'un délai de 4 mois pour déposer une offre d'indemnisation à la victime.

Le paiement de l'indemnisation doit intervenir dans le délai d'un mois à compter de la réception par l'ONIAM de l'acceptation de l'offre par la victime. L'ONIAM disposera alors d'une action subrogatoire contre le responsable du dommage.

En cas de faute du professionnel de santé, si la victime estime que la proposition de l'assurance du professionnel de santé est insuffisante au regard du dommage qu'elle a subi, elle peut refuser cette offre et saisir le juge compétent selon la nature du fait générateur du dommage afin de demander des dommages et intérêts à la hauteur de ce qu'elle estime.

Le juge peut alors en outre condamner l'assureur à verser une somme à l'Office au plus égale à 15% de l'indemnité.

Lorsque l'accident n'est que pour partie imputable à une faute engageant la responsabilité de l'établissement ou d'un professionnel de santé, la CRCI fixe la proportion imputable au responsable et celle imputable

à l'ONIAM. Si l'assureur est défaillant, l'ONIAM indemniser la victime et pourra engager une action récursoire contre le responsable et son assurance.

β. En cas d'aléa thérapeutique

En ce qui concerne la victime d'un aléa thérapeutique, l'ONIAM doit être informé par la CRCI et dispose d'un délai de 4 mois à compter de la réception de l'avis de la CRCI, lorsqu'ils revêtissent un certain caractère de gravité pour faire une offre d'indemnisation à la victime. La victime a la possibilité d'accepter ou de refuser l'offre, son choix entraînant comme conséquence la saisine du juge en cas de refus, la transaction en cas d'acceptation.

γ. En cas d'infection nosocomiale

Si le dommage résulte d'une infection nosocomiale entraînant un taux d'incapacité supérieur à 24%, l'avis rendu par la CRCI est transmis à l'ONIAM.

Celui-ci propose une offre à la victime qui contient l'évaluation que la victime peut refuser et alors saisir le juge compétent. Si la victime accepte, une transaction est conclue et le paiement intervient dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'ONIAM de l'acceptation de l'offre par la victime. Mais l'Office ne dispose pas alors pas d'action subrogatoire contre le professionnel ou l'établissement de santé sauf « faute établie », et doit prendre cette indemnisation à sa charge (article L.1142-1-1 du Code de la santé publique).

L'ONIAM dispose d'une action contre l'établissement, responsable de l'infection nosocomiale, en cas de faute établie à l'origine du dommage, par exemple un manquement caractérisé aux obligations imposées par la réglementation en matière de lutte contre les infections.

dd. Le barème de l'ONIAM

Le principe général de l'indemnisation par l'ONIAM est celui de la réparation intégrale consistant à indemniser tout les préjudices subis par la victime. La CRCI détermine la liste des préjudices susceptibles d'être indemnisés. Le calcul du montant de l'indemnisation pour chacun des postes de préjudices énumérés par la CRCI relève de la compétence de l'ONIAM. L'ONIAM se base sur un barème indicatif appelé référentiel de l'ONIAM adopté par le Conseil d'administration de l'ONIAM le 25.01.05.

α. Indemnisation de la victime

– Indemnisation de l'IPP.

La transformation d'une rente ou d'un salaire en capital ou éventuellement d'un capital en rente est calculée sur la base de la table de capitalisation TD88/90, avec un taux d'intérêt de 3.11%. Le montant de l'indemnisation versé au titre de l'IPP tient compte tout d'abord du pourcentage de l'IPP, c'est-à-dire de sa gravité et d'autre part de l'âge, afin de prendre en compte l'espérance de vie moyenne à un âge donné. Ainsi pour un taux donné, l'indemnisation d'une personne de 20 ans sera supérieure à celle d'une personne de 70 ans. De même pour un âge et un taux donné l'indemnisation proposée à une femme sera un peu supérieure à celle proposée à un homme en raison de la différence statistique d'espérance de vie.

L'indemnisation de l'IPP est calculée selon les tableaux de référence suivants dont les montants sont exprimés en euros (tableau 1).

– Indemnisation des autres préjudices patrimoniaux.

On peut distinguer :

• Les pertes de revenus liées au travail

Les pertes de revenus subies au cours de l'incapacité temporaire de travail totale ou partielle sont intégralement compensées sur production de justificatif.

L'indemnisation des préjudices économiques à venir, préjudices professionnels et de retraite est évaluée à partir des éléments de faits actuels. Quand ces éléments ne sont pas disponibles il peut être notamment fait appel à une échelle de majoration de l'IPP.

La perte de chance de retrouver un emploi peut faire l'objet d'une indemnisation appréciée au cas par cas.

• Les autres frais

* Les frais faisant l'objet d'une indemnisation aux frais réels :

Les frais médicaux et pharmaceutiques à charge ou à venir.

Les frais domotiques et d'aménagement de la maison

Les frais d'aménagement du véhicule

Les frais d'appareillage spécifique (fauteuil roulant etc...)

* Le forfait hospitalier est pris en charge à hauteur de 50%. Cet abattement de 50% tient compte de la

Tableau 1.**Homme**

IPP %	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
Age 10	4986	20876	44656	76326	115886	163336	218676	281906	353026	432036
Age 20	4840	19561	41004	69167	104052	145658	193985	249034	310803	379294
Age 30	4699	18287	37464	6229	92583	128525	170055	217174	269881	328177
Age 40	4558	17025	33958	55357	81222	111554	146353	185618	229349	277546
Age 50	4427	15845	30680	48933	70603	95691	124197	156120	191461	230219
Age 60	4306	14757	27658	43009	60810	81062	103765	128918	156521	186574
Age 70	4200	13797	24991	37783	52172	68158	85741	104921	125699	148074
Age 80	4113	13019	22831	33549	45713	57703	71139	85481	100729	116883
Age 90	4057	12512	21421	30786	40605	50879	61608	72791	84430	96523
Age 100	4033	12294	20818	29602	38649	47857	57626	67358	77450	87805

Femme

IPP %	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
Age 10	5098	21878	47439	81780	124902	176804	237486	306949	385192	472216
Age 20	4950	20547	43741	74533	112922	158908	212491	273671	342449	418824
Age 30	4803	19225	40070	67337	101027	141139	187673	240630	300009	365811
Age 40	4658	17922	36451	60244	89302	123624	163210	208061	258176	313556
Age 50	4518	16663	32953	53387	77966	106690	139559	176573	217731	263034
Age 60	4383	15448	29578	46772	67031	90355	116744	146198	178716	214999
Age 70	4255	14295	26375	40495	56655	74855	95095	117375	141695	168055
Age 80	4144	13292	23589	35034	47628	61370	76260	92299	109486	127822
Age 90	4068	12612	21699	31330	41504	52222	63484	75289	87638	100530
Age 100	4033	12301	20836	29639	38709	48047	57653	67526	77667	88075

nature du forfait hospitalier qui se définit comme « une contribution minimale représentant les dépenses que l'hospitalisé aurait normalement supportées qu'il soit ou non à l'hôpital ».

* Les frais d'assistance tierce personne. L'indemnisation de ce poste prend en compte le niveau de qualification de la tierce personne requise. Le barème se réfère par conséquent à la convention collective des aides à domicile afin d'attribuer pour chacune des catégories de A pour les aides non qualifiées à C pour les aides qualifiées une somme correspondant à la moyenne des salaires horaires prenant en compte l'ancienneté et l'évolution du salaire sur la durée de validité de la convention collective.

La durée annuelle retenue est de 390 jours de façon à prendre en compte la durée des congés payés.

Les besoins journaliers en heure de tierce personne sont déterminés par la CRCI.

* Les frais de conseils notamment par un médecin de recours ou un avocat engagé par la victime dans le cadre du processus du règlement amiable sont pris en charge sous limite d'un plafonnement de 700€.

– L'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux

* Troubles temporaires dans les conditions d'existence. Ils s'apparentent à un préjudice d'agrément au cours de la seule période d'incapacité temporaire avant consolidation. Ce préjudice est calculé sur la base d'une indemnisation forfaitaire mensuelle de 300€ à 450€ en fonction des circonstances.

* L'indemnisation des souffrances endurées ou *preium doloris*

Il est évalué sur une échelle exprimée en degrés de 1 à 7. Les montants en euros sont présentés sous la forme de fourchettes suivant le tableau 2 suivant.

Degrés	Montants en €
1	740-1001
2	1268-1716
3	2239-3029
4	4304-5824
5	8118-10983
6	14331-19389
7	25598-31926

Tableau 2.

* L'indemnisation du préjudice esthétique

Ce préjudice est évalué sur une échelle en degrés de 1 à 7. Il est indemnisé sous forme de fourchettes selon le tableau 3 suivant.

Degrés	Montants en €
1	559-757
2	1275-1725
3	2744-3712
4	5562-7526
5	10328-13973
6	17636-23860
7	28084-37996

Tableau 3.

* L'indemnisation du préjudice d'agrément

Il est calculé sur la base d'une proportion de 5 à 20% du montant attribué au titre de l'IPP en fonction des cas d'espèce.

* L'indemnisation du préjudice sexuel et le préjudice d'établissement

Ces postes de préjudices sont indemnisés selon les cas d'espèce.

* Pertes d'années scolaires.

Ce poste est indemnisé de façon forfaitaire en fonction du niveau d'étude de la victime suivant le barème suivant (tableau 4).

Niveau Scolaire	Montants en €
Ecoliers	4200
Collégiens	6700
Lycéens	7700
Etudiants	8700

Tableau 4.

β. L'indemnisation des ayant-droits des victimes décédées.

L'article L.1142-1, II du Code de la Santé Publique prévoit que les ayants droits des victimes d'un accident médical sous réserve des conditions générales d'application du dispositif d'indemnisation peuvent bénéficier d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale. Les préjudices doivent être mentionnés dans l'avis de la CRCI.

– L'indemnisation des préjudices économiques

- Perte de revenus : ce poste de préjudice est destiné à compenser les pertes de revenus du foyer en raison du décès de la victime directe. On procède au calcul de la différence de revenus avant et après le décès déduction faite de la part de consommation de la victime directe. Cette différence est ensuite répartie entre chacun des ayants droits.
- Frais funéraires : l'indemnisation des frais funéraires est établie sur la base des frais réels dans la limite d'un plafond de 5000€.
- Frais de conseils : les frais de conseils notamment par un médecin de recours ou un avocat engagé par la victime ou par ses ayants droits dans le cadre du processus du règlement amiable font l'objet d'un remboursement plafonné à 700€.

– L'indemnisation des préjudices personnels

- Le préjudice d'accompagnement est calculé sur une base forfaitaire de 300€ à 450€ par mois selon les cas d'espèce.
- Le préjudice d'affection ou préjudice moral est indemnisé suivant le tableau 5 ci-après. Les montants sont exprimés en euros.

b. La CNAM

La loi du 4 mars 2002 a institué une 2^e institution, la Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAM). Elle est composée de 5 experts professionnels de la santé, 8 personnalités « choisies en raison de leur compétence dans le droit à réparation » et 8 personnalités choisies en raison de leur compétence scientifique. Sa mission essentielle est l'établissement d'une liste nationale des experts, puis le suivi des conditions de réalisation des expertises afin de formuler des recommandations auprès des CRCI.

aa. Les missions de la CNAM

La mission primordiale de la CNAM est d'établir une liste nationale d'experts spécialisés dans les accidents médicaux coexistant avec la liste nationale prévue par l'article 2 de la loi n°171-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires.

La radiation d'un expert en accidents médicaux de la liste nationale est prononcée en cas de manquement caractérisé à ses obligations, de faits contraires à l'honneur ou la probité ou s'il n'est plus en mesure d'exercer ses activités (article 1142-35 du Code de la santé publique). La liste nationale des experts en accidents médicaux ainsi que ses actualisations annuelles sont

VICTIME DÉCÉDÉE	BÉNÉFICIAIRE	MONTANT en €
Conjoint / Concubin / Pacsé	Conjoint / Concubin / Pacsé	15000-23000
Enfant mineur	Parent	15000-23000
Enfant majeur au foyer	Parent	12000-18000
Enfant majeur hors foyer	Parent	4000-6000
Parent	Enfant mineur	15000-23000
Parent	Enfant majeur au foyer	12000-18000
Parent	Enfant majeur hors foyer	4000-6000
Grand-Parent	Petit enfant	
Grand-Parent	• avec cohabitation	4000-6000
Grand-Parent	• sans cohabitation	2000-4000
Petit enfant	Grand-Parent	
Petit enfant	• avec cohabitation	4000-6000
Petit enfant	• sans cohabitation	2000-4000
Frère / sœur	Frère / sœur	
Frère / sœur	• avec cohabitation	12000-18000
Frère / sœur	• sans cohabitation	4000-6000

Tableau 5.

publiées au Journal Officiel de la République Française (article 1142-36 d du Code de la santé publique).

L'inscription d'un expert sur la liste nationale des experts en accidents médicaux vaut pour 5 ans. Cette liste est actualisée tous les ans.

La CNAM assume également d'autres fonctions :

L'évaluation des conditions de réalisation des expertises diligentées par la CRCI. La CNAM formule ensuite des recommandations sur la conduite des expertises médicales au CRCI.

La troisième mission est l'harmonisation des décisions des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation.

La CNAM formule au vu de l'analyse des avis rendus par les CRCI des propositions visant à une application homogène du dispositif de réparation. Elles sont élaborées à partir des avis que rendent les CRCI.

Une quatrième mission est l'évaluation de l'ensemble du dispositif de réparation par la rédaction d'un rapport annuel remis au gouvernement et au Parlement.

bb. La composition de la CNAM

La Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAM) est formée de 26 membres divisés en 3 catégories :

- 5 experts professionnels de santé figurant sur l'une des listes dressées par la Cour de cassation et les Cours d'appel relatives aux experts judiciaires, à raison de 3 exerçant à titre libéral et 2 praticiens des établissements publics de santé.
- 4 représentants des usagers proposés par des associations mentionnées à l'article L.1114-1 du Code de la santé publique.
- 16 personnalités qualifiées, à raison de

8 personnalités choisies en raison de leur compétence dans le domaine du droit de la réparation des accidents médicaux ou de la responsabilité médicale ou dans la formation en matière d'expertise dont un représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins et un membre du Conseil d'Etat ou un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, en activité ou honoraire, président de la Commission nationale des accidents médicaux

8 personnalités choisies en raison de leur compétence scientifique

Le président et les membres de la commission sont nommés par arrêté public du Ministre de la justice et du Ministre chargé de la santé pour une durée de 5 ans renouvelables.

c. La CRCI

La loi du 4 mars 2002 institue une 3^e institution : les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI). La loi du 4 mars 2002 institue dans chaque région une autorité administrative liée administrativement et financièrement à l'ONIAM : la CRCI.

Les CRCI sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire en activité ou honoraire, ancien vice détaché ou non.

aa. Les missions de la CRCI

Ces commissions ont pour mission de favoriser la conciliation pour des petits litiges, le règlement amiable pour les litiges mettant en cause des dommages importants.

Les victimes ont le choix entre la voie juridictionnelle et la CRCI, elles ont même la possibilité d'une saisie simultanée de la voie juridictionnelle et de la CRCI.

Cette procédure n'est pas obligatoire, elle n'interdit pas le recours à la victime devant les juridictions, le délai de prescription étant suspendu en cas de recours à la procédure amiable.

Cette procédure amiable peut même être exercée simultanément, ne se substituant pas à la procédure devant la juridiction.

Un "guichet unique" est créé : la commission CRCI "Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, les infections iatrogéniques et les infections nosocomiales".

Cette procédure amiable a pour vocation d'être plus rapide et de simplifier les procédures.

Les CRCI peuvent être considérées comme des autorités administratives indépendantes, supportées logistiquement par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), établissement public qui est un fonds spécifique alimenté par la Caisse pri-

maire d'assurance maladie et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

bb. La composition de la CRCI

Les CRCI sont présidées par un magistrat de l'ordre judiciaire ou administratif, nommé par le Garde des Sceaux, assisté de 20 personnalités ayant des compétences en matière de santé publique.

La CRCI est composée d'une vingtaine de personnes, réparties en 7 grandes catégories de membres représentant les usagers, les professionnels de santé libéraux, les praticiens hospitaliers, les institutions et établissements de santé, l'ONIAM, les assureurs et les personnes qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.

Chaque CRCI (Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) comprend, outre son président (article R.1142-5 du Code de la santé publique) :

- 6 représentants des usagers composés par les associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau régional ou au niveau national.

- Au titre des professionnels de santé :

- 2 représentants des professionnels de santé dont un médecin, un praticien hospitalier

- Au titre des responsables des institutions et établissements publics et privés de santé :

- 1 responsable d'établissement public de santé

- 2 responsables d'établissement privé de santé

- 2 représentants de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

- 2 représentants des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale

- 4 personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.

Le président et les membres de la commission sont nommés pour 3 ans, le président par le Garde des Sceaux, les seconds par le préfet de région.

Il existe une CRCI par région mais pour la métropole, elles sont regroupées à raison de 2,3 ou 4 sous la

présidence d'un même magistrat assisté d'un ou deux assistants, assisté d'une ou deux secrétaires.

A titre d'exemple, les CRCI de Basse-Normandie, de Haute-Normandie et d'Ile-de-France sont regroupées sous la présidence d'un même magistrat, les CRCI de Lorraine, d'Alsace, de Champagne-Ardenne, de Franche-Comté, sont également regroupés sous la présidence d'un même magistrat.

Du fait de la modestie des moyens humains et logistiques attribués à l'ONIAM, les secrétariats des CRCI sont regroupés en 4 pôles interrégionaux, ce regroupement étant bien sûr neutre à l'égard des compétences juridiques de chaque CRCI.

A titre d'exemple, le pôle de Bagnolet abrite les CRCI de Basse-Normandie, de Bretagne, du Centre, de la Haute-Normandie, d'Ile-de-France et du Nord-Pas-De Calais, des Pays de Loire et de Picardie. Son adresse est 36 avenue du Général de Gaulle, Tour Gallieni-II, 93175 Bagnolet Cedex.

Le pôle de Nancy regroupe les régions d'Alsace, de Champagne-Ardenne, de Franche-Comté et de Lorraine. Son adresse est Centre d'affaires, Libération, 4 rue de la Foucotte, 54000 Nancy.

Les CRCI se réunissent dans la région, en général à la direction régionale de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et non pas à l'adresse du Pôle interrégional.

cc. Le fonctionnement de la CRCI

α. La saisie de la CRCI

Peuvent saisir la CRCI :

- toute personne ou son représentant légal, s'estimant victime d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soin, que ce dommage résulte ou non de la faute d'un professionnel ou d'un établissement de santé ;
- et le ou les ayants droits de la victime lorsque celle-ci est décédée.

L'article L.1142-28 du Code de la santé publique dispose que « les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé public ou privé à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soin, se prescrivent par 10 ans à compter de la consolidation du dommage ». Cette règle de la prescription décennale s'applique donc à toutes les actions ou responsabilités, qu'elles soient

diligentes devant une juridiction ou devant les CRCI. La question de la prescription éventuelle des actions devant la CRCI se posera donc après le 6 septembre 2011 puisque seuls sont recevables devant les CRCI les demandes d'indemnisation concernant un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soin réalisés à partir du 5 septembre 2001.

La procédure de saisine de la CRCI est gratuite et peu empreinte de formalisme. En effet, la demande est présentée au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Conseil d'administration de l'ONIAM. Ce formulaire est disponible sur internet sur le site <http://www.oniam.fr> et auprès des secrétariats des différentes CRCI.

Ce formulaire doit être complété par une série de pièces justificatives dont la liste est fixée par l'arrêt du 4 mars 2003, publiée au Journal Officiel n°56 du 7 mars 2003, page 4010. La victime doit prouver sa qualité d'assuré social en procurant une copie de sa carte vitale. La victime doit d'autre part permettre d'établir un lien de causalité entre l'intervention désignée comme litigieuse et les dommages dont elle entend obtenir réparation. La victime doit donc établir qu'elle a donc eu à faire aux professionnels de santé mis en cause en procurant un bulletin d'hospitalisation ou tout autre document administratif ou tout autre document médical, par exemple compte-rendu opératoire. Le demandeur doit également joindre à sa demande tout document décrivant son état de santé au moment de la saisine de la CRCI par un certificat médical. Le demandeur doit d'autre part faire part à la CRCI les chefs de préjudices dont il entend obtenir réparation. Il doit donc non seulement alléguer d'un préjudice par exemple physique, moral, esthétique ou d'agrément mais encore le justifier par toute pièce de nature à établir la réalité (documents médicaux, justificatifs de dépenses, fiches de paie, attestations de licenciements,...). Le formulaire complété et accompagné des pièces justificatives décrites ci-dessus doit être envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception au secrétariat de la CRCI compétente. A défaut, le dossier peut être remis en main propre au secrétariat de la CRCI compétente contre récépissé.

β. L'instruction de la demande

La phase d'instruction de la demande de règlement amiable peut alors s'ouvrir.

Une demande manifestement incomplète est susceptible d'être considérée comme irrecevable. Néan-

moins, lorsqu'il manque des pièces, le secrétariat invite le demandeur à produire dans un délai précis, en général 30 jours, les documents nécessaires à l'instruction de la demande.

Une fois le dossier constitué, la CRCI envoie au demandeur un accusé de réception d'une demande complète. La notification de ce courrier constitue le point de départ de 6 mois à l'issue duquel la CRCI doit rendre son avis.

A l'examen préalable du dossier constituant un premier état de l'instruction de la demande, les opérations d'expertise en constituent la 2^e étape. Le Code de la santé publique, par ses articles R.1142-14 et L.1142-9 distinguent 2 types d'expertises : l'expertise dite « de seuil », et l'expertise dite « approfondie ». Ces expertises ne sont ni alternatives, ni automatiquement cumulatives.

L'article 1142-14 du Code de la santé publique fonde les principes de l'expertise de seuil : « afin d'apprécier si les dommages subis présentent le caractère de gravité prévus au II de l'article 1142-1 du Code de la santé publique ou s'ils ont reçu délégation à cette fin, le président ou un président adjoint peuvent soumettre pour observation les pièces justificatives mentionnées à l'article 1142-13 à un ou plusieurs experts ».

Cette expertise de seuil n'est pas contradictoire et se fait à partir du seul examen du dossier. En pratique, il est demandé à l'expert désigné de déterminer si le préjudice corporel subi par la victime est supérieur ou non au seuil de 24%. Cette expertise dite de seuil n'est pas obligatoire. En effet, elle peut paraître manifestement inutile si le taux d'IPP apparaît manifestement inférieur au seuil des 24% requis, par exemple s'il s'agit d'un dommage manifestement mineur comme la perte d'une dent.

Inversement, cette expertise de seuil n'est pas indispensable lorsque le taux d'IPP et manifestement supérieur au seuil de 24%, par exemple s'il s'agit d'une tétraplégie, c'est-à-dire une paralysie des quatre membres.

Cette expertise de seuil ne se justifie en fait que pour les cas considérés comme limite en ce qui concerne le caractère de gravité du dommage.

L'article L.1142-9 du Code de la santé publique fixe les bases de l'expertise dite « approfondie » : avant d'émettre l'avis prévu à l'article L.1142-8 du Code de la santé publique, la commission régionale diligente une expertise... ». L'expertise approfondie n'est pas

justifiée si la commission est manifestement incompétente pour en connaître. En revanche, l'expertise approfondie devient nécessaire dès lors que les conditions de recevabilité d'indemnisation sont satisfaites ainsi que les conditions de compétence ou s'il y a un doute sur cette compétence sans qu'il puisse être éclairé par une expertise de seuil. La réglementation de l'expertise approfondie est fixée par l'article L.1142-12 du Code de la santé publique. Souvent, dans un souci d'indépendance des experts vis-à-vis des partis, la CRCI désigne les experts de résidence souvent éloignée par rapport au lieu de survenue de l'accident médical initial. Ce choix a pour avantage une meilleure impartialité mais présente comme inconvénient la nécessité pour les demandeurs de se déplacer parfois assez loin.

Le 3^e alinéa de l'article L.1142-12 du Code de la santé publique stipule que « la CRCI fixe l'admission du collège d'experts ou de l'expert, s'assure de leur affectation et détermine le délai dans lequel le rapport doit être déposé ».

Le 5^e alinéa de l'article L.1142-12 stipule que le collège d'experts ou l'expert peut « effectuer toute investigation et demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel, s'agissant de professionnels de santé ou de personnels d'établissement, de services de santé ou d'autre organismes visés à l'article 1142-1 du Code de la santé publique ». Ceci justifie l'adjectif approfondi pour cette expertise. Cette expertise est aussi contradictoire car à la différence de l'expertise dite de seuil, l'expert doit d'abord convoquer l'ensemble des parties intéressées par le litige. Ceci est stipulé par le 7^e alinéa de l'article L.1142-12 du Code de la santé publique : le collège d'experts ou l'expert s'assure du caractère contradictoire des opérations d'expertises qui se déroulent en présence des parties ou celles-ci dûment intéressées. Ces dernières peuvent se faire assister d'une des personnes de leur choix. Le collège des experts prend en considération les observations des parties et joint à leurs demandes à ce rapport tout document y afférant.

L'article R.1142-16 du Code de la santé publique stipule que le rapport d'expertise est communiqué par le secrétariat de la CRCI aux parties concernées ainsi qu'aux assureurs des parties mises en cause.

Si l'expertise mandatée par la CRCI ne reconnaît qu'un taux d'IPP inférieur à 25% mais reconnaît la responsabilité avec faute du médecin la CRCI se déclare certes incompétente mais la victime peut se servir de cette expertise dans le cadre d'une transaction avec

l'assureur du médecin ou peut se servir de cette expertise juridictionnellement. La victime peut en effet entreprendre une démarche judiciaire. Si l'expert de la CRCI est un expert judiciaire le Tribunal n'est pas obligé de nommer un nouvel expert. Sinon le Tribunal peut demander une nouvelle expertise que celle qui a été mandatée par la CRCI.

La CRCI rend un avis qui n'est pas susceptible d'être réglé par une instance d'appel supérieure mais qui peut être contesté devant les tribunaux.

γ. La réunion de la CRCI

La CRCI se réunit soit en formation de règlement amiable, c'est-à-dire lorsque la gravité du dommage atteint le seuil fixé par l'article D.1142-1 du Code de la santé publique, soit en formation de conciliation dans les autres cas, notamment lorsque la CRCI est à nouveau saisie par un demandeur écarté du règlement amiable en raison de l'insuffisance de ses préjudices. Elle ne peut délibérer que si 7 au moins de ses membres sont présents. Elle adopte ses avis à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Le secrétariat de la CRCI est assuré par les personnes mises à sa disposition par l'ONIAM (article R.1142-10 du Code de la santé publique).

La demande du patient est d'abord examinée sous l'angle de la recevabilité, conditionnée par la date des faits (les faits doivent être postérieurs à Septembre 2001) et par un seuil de gravité du dommage.

La réunion de la CRCI constitue l'étape ultime de la procédure. La CRCI se réunit alors en formation de règlement amiable. On considère qu'en moyenne une vingtaine d'affaires sont inscrites au rôle d'une séance se déroulant sur une journée. Le lieu de réunion des commissions régionales est parfois différent de celui du secrétariat des commissions. En effet, on a vu qu'obéissant à une logique de pôle interrégional, le secrétariat des commissions est parfois choisi dans un lieu différent de celui de la réunion de la CRCI. A titre d'exemple, le secrétariat pour les régions Provence, Alpes, Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon siège à Lyon. Les réunions de la CRCI compétente ont lieu par contre soit à Marseille, soit à Montpellier.

Dans un premier temps, lors de la réunion de la CRCI intervient un rapporteur désigné par le président, soit parmi les membres de la commission, soit parmi les fonctionnaires ou des agents publics compétents. Il peut s'agir ainsi de l'assistant du président de la com-

mission, juriste de formation. Le rapporteur évoque de la commission les faits, les problèmes juridiques soulevés.

Dans un 2^e temps, les parties sont entendues. Ceci est basé sur le 3^e alinéa de l'article R.1142-16 du Code de la santé publique qui dispose de la possibilité pour les partis d'être entendues sur leur demande ou à la demande de la commission. Elles peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix. La victime peut en particulier se faire assister par un avocat.

En général, la victime commence par décrire sa version des faits puis laisse la place à son avocat. En général, il est imparti une durée d'approximativement un quart d'heure à la victime pour exposer son cas. Si elle n'est pas accompagnée d'un avocat, par exemple seulement d'un médecin, il arrive alors au bout de ce quart d'heure que le président de la commission décide que le débat soit clos même si le médecin n'a pas eu le temps d'exposer son point de vue.

δ. Le délibéré de la CRCI

Le 3^e temps consiste en le délibéré, la CRCI peut rendre différents types d'avis.

La CRCI face à une demande d'indemnisation peut émettre 3 types de réponses :

δ 1. Décision d'irrecevabilité

– Une première réponse est une décision d'irrecevabilité lorsqu'il s'agit d'une demande d'indemnisation pour un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale survenus avant le 5 septembre 2001. Le requérant pourra alors saisir le juge administratif ou judiciaire compétent d'une demande d'indemnisation à condition toutefois que l'action en responsabilité ne soit pas éteinte par l'application des règles de prescription. La demande du patient est d'abord examinée sous l'angle de la recevabilité, conditionnée par la date des faits (les faits doivent être postérieurs à Septembre 2001).

Il faut que le dommage soit survenu à partir du 5 septembre 2001. Pour éviter que les commissions soient encombrées et les finances obérées par l'afflux massif de demandes d'indemnisation sur des affaires anciennes, le législateur, par la loi du 4 mars 2002 prévoit que l'indemnisation n'est ouverte que pour les accidents survenus au plus tôt 6 mois avant la publication de la loi, c'est-à-dire à partir du 5 septembre

2001. Tout accident antérieur à cette date est donc exclu du dispositif d'indemnisation.

δ 2. Décision d'incompétence

– Une 2^e réponse peut être une décision d'incompétence de la CRCI.

La CRCI peut se déclarer incompétente (article R.1142-15, 1^{er} alinéa du Code de la santé publique) lorsque le dommage est considéré comme d'une insuffisante gravité au regard de la disposition de l'article D.1142-1 du Code de la santé publique.

A savoir si le taux d'IPP occasionné par l'accident n'est pas supérieur à 24%, si la durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT) résultant de l'accident est inférieure à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, si la victime n'est pas déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident, lorsqu'il n'existe pas de trouble particulièrement grave, y compris d'ordre économique dans les conditions d'existence de la victime.

Si le taux d'IPP reconnu par la CRCI est strictement inférieur à 25%, même s'il y a faute du médecin, la CRCI se déclare incompétente. Elle ne se met donc même pas en relation avec l'assureur du médecin ou l'ONIAM.

Il faut que le dommage présente un caractère de gravité fixé par les articles D.1142-1 et D.1142-3 du Code de la santé publique, apprécié en fonction d'un barème d'évaluation.

La CRCI n'est compétente que si les dommages dépassent un certain seuil de gravité lorsqu'elle siège en formation de règlement amiable.

Les CRCI sont compétentes pour les accidents ayant entraîné un dommage supérieur à 24% d'IPP (Incapacité permanente partielle) ou une ITT (Incapacité temporaire de travail) au moins égale à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ou lorsque la victime est déclarée inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical ou lorsque l'accident médical occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique dans ses conditions d'existence. Ces critères sont bien sûr alternatifs.

L'indemnisation est possible même en l'absence de faute, si le taux d'IPP est supérieur à 24%.

L'examen de la recevabilité au regard du seuil de gravité de 24%, peut faire l'objet d'une expertise médicale préalable sur pièces. La demande est ensuite examinée au fond.

Le taux d'IPP permettant le recours à la CRCI peut être considéré comme important, puisque l'on sait que par exemple 97% des accidents corporels pour des sinistres automobiles se situent en dessous de 25% à titre d'exemple (chiffre donné par madame LAMBERT-FAIVRE dans « droit des assurances »).

Il est à noter d'autre part que l'article D1142-1 du Code de la santé publique stipule que « à titre exceptionnel » le caractère de gravité du préjudice ouvrant droit à réparation au titre de la solidarité nationale peut être reconnu

lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale

ou lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionnent des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique dans ses conditions d'existence. Les deux dernières conditions ne jouent donc qu'à titre exceptionnel et ne peuvent donc être appréciées que de façon stricte. On rappellera que cet effet de seuil de gravité est opposable au demandeur de règlement amiable mais inopposable dans le cadre d'une demande de conciliation.

Le demandeur est alors informé (2^e alinéa de l'article R.1142-15 du Code de la santé publique) de la possibilité offerte de saisir la CRCI d'une demande de conciliation.

δ 3 Avis qui peut conclure à une indemnisation ou au rejet d'une demande d'indemnisation

— Un 3^e type de réponse de la CRCI est un avis qui peut conclure à une indemnisation ou au rejet d'une demande d'indemnisation.

Des avis bien sûr ne peuvent être rendus que si la CRCI se reconnaît comme compétente, c'est-à-dire si un des critères suivants est atteint :

- * Une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24%
- * Une incapacité temporaire de travail (ITT) justifiée d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois. La durée d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non

consécutifs sur une période de 12 mois d'incapacité temporaire de travail doit être la durée reconnue par l'expert de la CRCI et n'est pas obligatoirement la durée reconnue par le médecin traitant de la victime ni forcément la durée de l'arrêt de maladie de la victime.

- * La victime ne peut plus exercer sa profession habituelle en raison de l'accident médical.
- * L'accident est à l'origine de troubles graves dans les conditions d'existence.

Voici les types d'avis pouvant être rendus par la CRCI :

— La CRCI relève une faute imputable à un professionnel de santé ou à un établissement de santé.

La CRCI peut rendre un avis de responsabilité partagée par exemple un avis avec 50% de responsabilité du médecin et 50% de responsabilité sans faute. Imaginons que le taux d'IPP fixé soit de 25%, l'ONIAM proposera alors une somme pour l'aléa thérapeutique de 50% des 25% du taux d'IPP.

Le dossier est alors adressé à l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative du professionnel ou de l'établissement mis en cause et qui dispose d'un délai de 4 mois pour faire une offre d'indemnisation.

L'acceptation de cette offre par la victime vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code Civil. En cas d'acceptation de l'offre, le litige est considéré comme résolu. Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime.

En cas de silence ou de refus de l'assureur de faire une offre, l'ONIAM formule une offre. L'acceptation de la victime vaut transaction. L'ONIAM est alors subrogée dans les droits de la victime à concurrence des sommes déboursées.

Si la victime refuse l'offre, elle peut alors saisir les tribunaux compétents.

Lorsque le dommage constaté engage la responsabilité d'un professionnel de santé d'un établissement de santé, l'assureur de la personne considérée (1^{er} alinéa, de l'article L.1142-15 du Code de la santé publique) responsable par la Commission n'est pas tenu de formuler une demande d'indemnisation. Il peut le refuser implicitement ou explicitement. Dans ce cas, comme dans l'hypothèse où le responsable n'est pas assuré ou lorsque la couverture d'assurance est épuisée, l'Office

National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) est substituée à l'assureur. L'ONIAM se retournera ensuite contre la personne responsable du dommage ou contre l'assureur en diligentant l'action juridictionnelle adéquate. Le demandeur n'est pas tenu d'accepter l'offre d'indemnisation qui lui est proposée par l'assuré ou le cas échéant par l'ONIAM, il peut y renoncer et tenter sa chance devant la juridiction compétente en initiant ou poursuivant ainsi une procédure juridictionnelle aux fins d'indemnisation.

— La CRCI peut également rendre un 2^e avis lorsqu'elle ne relève aucune faute et considère alors l'existence d'un aléa thérapeutique. Il s'agit d'un dommage imputable à un acte de soin, qui a eu pour le malade des conséquences anormales au regard de son état de santé, comme de l'évolution prévisible de celui-ci. Le dossier est alors transmis à l'ONIAM pour indemnisation au titre de la solidarité nationale. L'ONIAM dispose d'un délai de 4 mois pour faire une offre. L'acceptation de la victime vaut transaction et le paiement interviendra dans un délai d'un mois à compter de l'acceptation par la victime. En cas de reconnaissance par la CRCI d'un aléa thérapeutique remplissant les caractères de gravité cités ci-dessus, l'ONIAM adresse à la victime ou à ses ayants droits, dans un délai de 4 mois suivant la réception de l'avis de la CRCI, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis (article L.1142-17 du Code de la santé publique).

Les suites offertes au requérant devant la CRCI sont les mêmes qu'en cas d'offre d'indemnisation par l'assureur lorsque la responsabilité du professionnel de santé est mise en cause.

— La CRCI peut déposer un 3^e avis lorsqu'elle rejette la demande d'indemnisation. Elle peut rejeter ces demandes d'indemnisation, soit parce que le dommage n'est pas lié à l'acte de soin invoqué, soit parce que le dommage est directement et exclusivement lié à l'état antérieur de la victime. Elle considère dans ce cas qu'il n'y a pas eu de faute ou d'aléa thérapeutique.

— Comme 4^e avis, la CRCI peut considérer une pluralité de causes à l'origine du dommage. Elle peut ainsi reconnaître l'existence d'une faute et reconnaître un aléa. Dans ce cas, la charge de l'indemnisation sera supportée par l'assureur du médecin ou de l'établissement mis en cause et par l'ONIAM.

— La CRCI peut également demander un complément d'expertise à titre de 5^e avis. Un exemple de complément d'expertise ou de contre-expertise qui peut

être demandé lors d'une réunion de la CRCI est lorsque le demandeur ou son avocat arrive à prouver qu'une expertise commise par la CRCI est confuse, par exemple lorsque les conclusions de l'expert sont de 24% + 1% de taux d'IPP. La CRCI peut alors conclure à une expertise insuffisante et demander une contre-expertise.

On peut considérer du point de vue procédural que la CRCI joue un rôle de sas permettant ou non l'accès du demandeur à l'indemnisation en fonction de critères de gravité s'ils sont remplis ou pas. Ces critères de gravité sont, nous vous le rappelons, une incapacité permanente partielle (IPP) supérieure à 24%, une incapacité de travail temporaire (ITT) justifiée d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, une victime qui ne peut plus exercer sa profession habituelle en raison de l'accident médical ou un accident à l'origine de troubles graves dans les conditions d'existence. Si l'un de ces critères n'est pas atteint, malheureusement, le sas ne s'ouvre pas et la victime n'est pas indemnisée. Dans le cas inverse, le sas s'ouvre et elle pourra donc avoir accès à l'indemnisation.

Du fait du caractère très onéreux de l'indemnisation résultant d'une infection nosocomiale, la loi du 30 décembre 2002 a stipulé que les assureurs des établissements de santé n'auront à supporter le coût du dommage généré par ces infections que lorsque ce dommage correspond à un taux d'incapacité permanente (IPP) inférieur à 25% et que d'autre part une responsabilité est identifiée d'autre part.

Suivant l'article L.1142-1-1 du Code de la santé publique, en cas de taux d'IPP supérieur à 25%, c'est l'ONIAM qui assurera l'indemnisation du dommage. Néanmoins si l'assuré a commis une faute caractérisée, l'ONIAM dispose d'une action subrogatoire contre l'assureur dans le cadre des infections nosocomiales.

2. La responsabilité civile

Elle couvre l'exercice libéral, c'est-à-dire l'exercice libéral en médecine ambulatoire classique mais également l'exercice du secteur privé statutaire des médecins hospitaliers.

La responsabilité juridique est d'ordre publique, régie par les règles de droit, commandant la vie en société.

En ce qui concerne les médecins salariés des établissements privés (cliniques, centres anticancéreux, établissements associatifs, hôpitaux privés à but non

lucratif...), l'établissement est civilement responsable des dommages causés par son salarié.

Le responsable sera donc l'établissement privé.

Les dommages peuvent être réparés, soit en nature, soit par un équivalent pécuniaire : les dommages et intérêts.

a. Les types de réparation

aa. La réparation en nature

Elle se définit par la remise des choses matériellement en l'état où elles étaient avant le dommage : réparation ou reconstruction du bien détérioré ou détruit.

Elle constitue le mode de réparation théoriquement le plus adéquat au dommage mais elle n'est pas souvent possible.

Lorsqu'elle est possible, les juges du fond sont libres de choisir la réparation en nature si elle leur paraît la plus opportune.

bb. La réparation pécuniaire

Elle se définit par la remise d'une somme d'argent, les dommages et intérêts représentant l'exact équivalent pécuniaire du préjudice.

La réparation pécuniaire ne constitue donc qu'une compensation du préjudice, la réparation en nature, visant à effacer autant que possible le dommage.

Ce mode de réparation est infiniment plus fréquent que la réparation en nature, en effet, la monnaie, valeur absolue d'échange, du fait de sa fongibilité parfaite, permet la réparation de tous les dommages.

La victime est libre d'affecter l'indemnité pécuniaire qui lui est allouée, à l'emploi qu'elle désire ou de n'en faire aucun s'il lui plaît.

Le juge ne saurait la contraindre à affecter des dommages et intérêts à la réparation du préjudice.

Les dommages et intérêts qui tentent de façon générale à une remise en état sont à visée compensatoire.

Ils peuvent au choix du juge, prendre la forme d'un capital versé une fois pour toute sous une rente viagère, c'est-à-dire d'une somme versée régulièrement toute la vie.

Les tribunaux préfèrent généralement allouer une rente viagère lorsque le dommage consiste en une perte de revenu (préjudice économique consécutif à une atteinte corporelle), son caractère périodique et continu s'accorde alors mieux avec la permanence de préjudices dont la réalisation s'échelonne dans le temps.

La Cour de Cassation autorise les juges à indexer les rentes judiciaires selon un indice librement choisi.

b. Les types de responsabilité civile

Au sein de la responsabilité civile, on distingue la responsabilité contractuelle et la responsabilité délictuelle.

aa. La responsabilité contractuelle

α. Le contrat médical avec obligation de moyens

Le cadre habituel dans lequel sera recherchée la responsabilité d'un médecin ou d'un établissement de santé privé, est de nature contractuelle.

On estime, en effet, depuis l'arrêt Mercier, du 20.05.1936, de la Cour de Cassation, que se forme entre le médecin et son patient, un contrat tacite, oral, conclu en considération de la personne (intuitu personae).

Ce contrat tacite entre le médecin et le malade comporte, pour le médecin, une obligation de moyens et non pas de résultats avec pour corollaire l'obligation de donner des soins consciencieux attentifs et la nécessité de se tenir au courant des évolutions techniques et thérapeutiques.

Il s'agit des données de l'acquis collectif plutôt que de données de pointe.

L'échec d'une thérapeutique ne serait engendrer la responsabilité du médecin, mais le médecin doit s'entourer de tous les moyens techniques et humains pour soulager au mieux la souffrance du patient.

Comme pour tout contrat, pointe la notion d'information, un contrat n'étant par essence, licite qu'à partir du moment où chacune des parties est correctement informée des conséquences de celui-ci.

Il s'agit d'une obligation de moyens dans le sens que le médecin s'engage à employer les moyens appropriés à l'obtention d'un résultat que le malade a en vue, c'est-à-dire à guérir.

Le médecin s'oblige ainsi à soigner le malade et non pas à le guérir, de même que l'avocat s'engage à assurer la défense de son client mais non pas à gagner le procès.

Il ne s'agit donc pas d'un contrat avec obligation de résultats où le médecin s'engagerait à procurer un résultat précis.

Dans le cadre de la responsabilité contractuelle, le délai de prescription était de 30 ans, mais a été réduit à 10 ans par la loi du 04.03.2002.

Historiquement parlant, l'arrêt MERCIER, correspond à un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation du 20.05.1936 (arrêt MERCIER, GAJC, 11^{ème} édition, n°61-162 ; D.P.1936.1.88, rapp.JOSSERAND, concl.MATTER note E.P.) dans une affaire opposant le Docteur NICOLAS aux époux MERCIER.

En 1925, Madame MERCIER, atteint d'une affection nasale, avait consulté le Docteur NICOLAS, radiologue, qui proposa et effectua un traitement par Rayons X.

Dans les suites de ce traitement, la patiente présenta une radiodermite des muqueuses de la face, nécessitant de multiples interventions.

Les époux MERCIER, estimant qu'il y avait faute médicale, intentèrent contre le Dr NICOLAS, en 1929, plus de 3 ans après la fin du traitement, une demande en dommages et intérêts.

Dans l'arrêt de la Cour de Cassation : "attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon, bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux et attentifs, et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises à la science, que la violation même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ainsi que l'action civile qui réalise une telle responsabilité..."

Ses obligations sont généralement une obligation de moyens, par rapport à une obligation de résultat. Ceci implique que le médecin ne peut pas en général s'engager à guérir le patient mais seulement, à mettre en œuvre les soins les plus adaptés.

Le contrat est tacite et fait la loi des parties.

Pour conclure un contrat, il faut avoir les capacités juridiques : c'est-à-dire être majeur, avoir la capacité de discernement (ne pas être incapable majeur ou dans l'impossibilité de donner son consentement, pour les malades inconscients par exemple).

L'établissement d'un contrat est reconnu par la volonté du médecin de soigner son patient (tout médecin a le droit de refuser de donner ses soins à un malade, hormis les cas d'urgence) et par la volonté du malade, qui a choisi son médecin.

Le médecin offre ses soins et le contrat est formé à partir du moment où le malade répond à cette offre.

Il s'agit d'un contrat qui incombe à la charge du médecin, l'obligation de soin et à la charge du malade, celle de suivre les prescriptions et d'honorer le médecin, encore que la gratuité des soins soit possible dans le contrat.

C'est un contrat, qui peut être rompu de façon unilatérale mais en fait surtout par le malade, puisque le médecin a l'obligation de continuité dans les soins.

C'est un contrat civil, qui n'est jamais de nature commerciale.

Certains arrêts font mention des "données actuelles de la science" au lieu de l'expression consacrée "données acquises de la science".

Cette distinction a son importance, car on sait que les notions actuelles ne sont pas toujours ce qu'on appellera plus tard les données acquises, si par cette qualification on entend, que les données acquises sont celles qui ont fait leur preuve et ne sont plus discutées dans le monde médical.

La notion de contrat est large : il comprend tout dommage survenu à l'occasion de l'acte de soins, du fait du médecin, mais aussi tout dommage, du fait du matériel dont le médecin a la garde (matériel nécessaire à l'acte de soins).

Ainsi la chute d'un malade d'une table d'examen défectueuse est de nature à engager la responsabilité contractuelle du médecin.

β. Les obligations du contrat médical avec obligation de moyens

Le contrat médical est un contrat synallagmatique, ceci signifiant que les deux parties s'engagent à respecter des obligations respectives.

β1. Les obligations du contrat médical pour le médecin

β1.1. Obligation de soins avec obligation de moyens

Le médecin ne s'engage pas à guérir son patient mais à lui donner des soins consciencieux et attentifs.

Il doit tout mettre en œuvre selon les données actuelles de la science pour obtenir un diagnostic, donner les meilleurs traitements et obtenir le consentement du malade.

β1.2. Obligation d'information

L'obligation d'information du patient s'impose à tout médecin au cours d'un entretien individuel.

L'information doit être intelligible, approximative, et loyale. L'information doit être simple, compréhensible mais exacte.

L'information du patient est obligatoire, cette obligation concerne le diagnostic dans la mesure où il est humainement délivrable ainsi que les traitements dont le médecin doit expliquer l'utilité, sinon la nécessité, les risques, les effets secondaires indésirables.

Elle doit porter que sur les faits normalement prévisibles mais n'a théoriquement pas à tenir compte des effets exceptionnels.

La loi du 4.03.02, stipule que l'information porte sur "l'état de santé du patient, les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilités, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves, normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus".

Les patients doivent également être informés du coût des actes et des conditions de remboursement.

Les limites de l'information sont l'urgence, le refus du patient d'être informé, l'impossibilité d'informer en fonction de l'intérêt légitime du patient.

La preuve de l'information peut-être apportée par tous moyens, l'écrit n'étant pas une preuve d'information en soi.

Depuis l'arrêt Hédreul du 25.02.1997, il incombe au médecin d'apporter la preuve que l'information a bien été délivrée.

L'arrêt du 25.02.1997 de la Cour de Cassation, a estimé que "celui qui est légalement au contractuellement tenu

d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation".

Désormais, le médecin doit apporter la preuve de l'information donnée.

On peut ainsi se demander si le médecin est tenu de faire signer à son patient, un document dans lequel celui-ci reconnaîtra avoir été informé des éventuels effets secondaires des traitements, ce qui peut paraître quelque peu exagéré pour une pratique médicale ordinaire.

Cet arrêt conduit à insister néanmoins sur la nécessité de tenir un dossier médical détaillé, dans lequel, on prendra soin de noter, ce qui a été dit au malade et les réactions de ce dernier en information.

Il est aussi fortement recommandé de laisser un délai de réflexion au patient, quand on lui propose un traitement qui risque d'avoir des effets secondaires.

L'arrêt du 14.10.1997 de la Cour de Cassation, estime d'autre part que la preuve de l'information peut être faite par tous les moyens, et dans le cadre précis par plusieurs entretiens, le temps de réflexion.

Le défaut d'information entraîne un préjudice d'une perte de chance, de guérison ou de survie. Le défaut d'information du patient, lorsque celui-ci est victime de la réalisation d'un risque inhérent à un acte médical, donc qui n'avait pas été prévenu, entraîne ce même dommage de perte de chance.

Le juge évaluera la possibilité qu'avait le patient, s'il avait eu connaissance des risques, d'avoir un autre choix que de suivre le traitement ou les investigations proposer par le médecin mis en cause.

On estime en effet, que prévenu, le malade, aurait pu choisir, soit de courir ce risque, soit de renoncer à cet acte médical.

Privé de ce choix, il a perdu une chance d'échapper au risque.

Il est donc indemnisé à proportion de la probabilité selon laquelle il aurait choisi de renoncer à l'acte.

Lorsque il y a eu défaut d'information du patient, quand aux conséquences d'un acte médical, il peut être considéré que l'absence d'information a empêché le patient soit de se préparer à la complication, soit de refuser le geste en raison de ses conséquences possibles.

On distingue alors généralement l'acte qui était inéluctable pour lequel la réparation ne concernera que le

préjudice moral, l'acte qui n'était pas inéluctable, pour lequel la réparation sera totale.

Dans ce dernier cas, le patient, en effet, mieux informé, aurait pu refuser le geste alors que dans le premier cas, il n'aurait pas pu le faire sans courir un risque au moins égal à celui entraîné par le geste en cause.

* Obtenir le consentement "libre et éclairé" du malade : la finalité de l'information est d'obtenir le consentement "éclairé" du patient, pour les soins, les examens complémentaires, prescrit par le médecin.

β2. Les obligations du contrat médical pour le malade

* Obligation de verser les honoraires au médecin

* Obligation de suivre le traitement après avoir donné son consentement.

A noter que le consentement est révocable à tout moment.

Il importe de savoir qu'il existe 4 exceptions légales qui permettent théoriquement le traitement obligatoire des patients sans que leur consentement soit nécessaire :

- La malade mental interné sous le régime d'hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'hospitalisation d'office.
- Le sujet porteur d'une maladie vénérienne, qui refuse tout traitement.
- Les alcooliques dangereux.
- Les toxicomanes

On peut ajouter à cette liste le cas des mineurs pour laquelle les parents refusent les actes thérapeutiques.

Le médecin peut alors passer outre ce refus, en signalant la nécessité thérapeutique ou diagnostique au Procureur de la république.

γ. La faute en responsabilité contractuelle

C'est l'inexécution ou la mauvaise exécution (volontaire ou non), qui est à l'origine de la responsabilité contractuelle.

La responsabilité contractuelle est mise en jeu, si les dommages causés résultent de l'inexécution du contrat liant le médecin et le patient. La responsabilité contractuelle résulte dans l'inexécution du contrat de soins par défaut de moyen et (ou) d'informations.

Dans le contrat avec obligation de moyens, la faute consiste à ne pas avoir mis en œuvre les moyens suffisants, à ne pas avoir été diligent ou n'avoir pas pris les précautions qui auraient pu éviter le dommage. La faute éventuelle du médecin est analysée comme une inexécution ou une mauvaise exécution de ses obligations contractuelles.

Ceci implique que le médecin ne peut pas en général s'engager à guérir le patient mais seulement, à mettre en œuvre les soins les plus adaptés.

C'est alors à la victime de prouver cette carence du médecin.

Le fait reproché au médecin est apprécié in concreto par rapport à ce qu'aurait fait un praticien consciencieux et averti, placé dans les mêmes conditions.

Le fait reproché peut se situer dans les cas suivants :

- dans la conception de l'acte, c'est-à-dire l'étape de la stratégie des examens ou à celle de l'élaboration intellectuelle de l'acte diagnostiqué ou de la prescription, ainsi que de son suivi et de la surveillance ;
- dans la réalisation technique, voir manuelle, dite de technique médicale ; entrent dans cette catégorie, les oublis de matériel, de compresses ainsi que les blessures d'un autre organe, ou de malencontreuses maladresses ;
- dans le manquement à l'obligation de l'information et du recueil du consentement éclairé du patient ; cette catégorie est de plus en plus évoluée, compte tenu de l'obligation de preuves par tout moyen, mis à la charge du praticien depuis l'arrêt Hedreul, du 25.02.1997 ;
- dans les fautes d'imprudence ou de rupture de continuité des soins.

La responsabilité peut-être partagée (dans la cadre par exemple de l'équipe associant un chirurgien et une anesthésiste), en cas de faute survenue par l'absence de coordination.

δ. Le contrat médical avec obligation de résultats

Exceptionnellement, l'obligation est une obligation de résultat, dans le cadre de la responsabilité contractuelle.

Lorsqu'il y a obligation de résultat, la faute consiste à ne pas parvenir au résultat promis, la faute se prouve donc simplement par l'absence de résultat.

La victime, n'a pas à établir la faute mais seulement l'inobtention du résultat espéré.

L'appréciation de la faute est beaucoup plus sévère, dans les disciplines ayant à leur charge une obligation de quasi résultat (avec ses limites) comme en chirurgie esthétique par exemple.

En outre, il convient de citer à ce titre d'obligation de résultat les résultats d'examen de laboratoire courants dont le résultat ne donne lieu à aucune possibilité d'interprétation, un autre exemple, est celui de la transfusion sanguine où le centre de transfusion a l'obligation de fournir un produit exempt de tout vice.

“Les centres de transfusion sanguine sont tenus de fournir aux receveurs des produits exempts de vice et ne peuvent s'exonérer de cette obligation de sécurité que par la preuve d'une cause étrangère qui ne puisse leur être imputée”.

Le vice interne du sang, même indécélable, ne constitue pas pour l'organisme fournisseur une cause qui lui est étrangère, (Arrêt de la 1^{ère} chambre civile de la Cour de Cassation du 12.04.1995, JCP 1995, 22467).

Il en est de même pour les infections nosocomiales ou “un médecin est tenu vis-à-vis de son patient, en matière d'infection nosocomiales à une obligation de sécurité de résultat donc il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère” (Arrêt du 29 Juin 1999, de la 1^{ère} chambre civile de la Cour de Cassation).

Il s'agit donc d'une obligation de sécurité de résultat qui pèse sur l'établissement de santé (voir les 3 arrêts de la Cour de Cassation du 29.06.1999).

Cette jurisprudence est d'ailleurs reprise dans la loi du 04.03.2002.

Il en est également de même pour les dommages subits du fait de la recherche biomédicale sans bénéfice individuel direct.

Il en est de même pour une prothèse dont la fabrication résulte d'un acte technique indépendant de l'acte de soins qui n'est donc comporté aucun vice de sorte que le patient n'a pas à rechercher la cause du mauvais fonctionnement, (cas du pacemaker), cette obligation de résultat concerne seulement la fabrication de l'appareil.

Par contre, sa constitution et sa pose, relève de l'obligation de moyens.

bb. La responsabilité délictuelle

La responsabilité est extra contractuelle ou encore appelé délictuelle dans les autres cas, c'est-à-dire quand le dommage causé ne résulte pas de l'inexécution d'un contrat lié entre le responsable et la victime.

En cas de responsabilité délictuelle, la faute consiste alors en l'inobservation d'un devoir extracontractuel et préexistant.

En matière de responsabilité civile, la notion est importante, car du fait, du non cumul des responsabilités, le patient ne peut fonder sa demande que sur l'une ou l'autre des responsabilités, contractuelles ou extra-contractuelles, si les conditions sont réunies pour engager la responsabilité contractuelle, il ne peut en aucun cas, fonder sa demande sur le mode délictuel. Les responsabilités délictuelles et contractuelles ne peuvent être engagées en même temps pour les mêmes faits à l'encontre d'un même médecin (principe de non cumul, dégagé par la jurisprudence : (arrêt de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de Cassation du 09.06.1993, JCP 1994 II.22264 Note Roussel).

On parle de responsabilité délictuelle stricto sensu, lorsque le dommage résulte d'une faute intentionnelle, c'est-à-dire, lorsqu'il est causé volontairement et de responsabilité quasi-délictuelle, si le dommage résulte d'une faute non intentionnelle (imprudence, négligence, maladresse, inattention,...) ou du fait d'une personne (enfant, salarié) ou d'une chose dont on doit répondre.

La responsabilité délictuelle est ainsi mise en cause sur de nombreuses hypothèses ou le contrat ne peut se former (absence de contrat), par exemple des soins donnés sur la route à un malade inconscient, des soins donnés par un anesthésiste choisi par le chirurgien mais ne rendant pas visite au patient avant l'intervention ; patient inconscient, incapable majeur ou mineur, soins prodigués par un médecin hospitalier, un médecin conseil de la Sécurité Sociale, un médecin du travail, car il ne peut pas de s'établir un contrat entre le médecin et son patient puisqu'il n'y a pas de libre choix du patient et du soignant, exercice illégal de la médecine.

Un exemple de responsabilité délictuelle, qui découle d'un fait juridique en dehors d'un contrat passé entre le patient et le médecin, est celui du patient qui tombe à la sortie du cabinet médical, qui doit fonder sa demande sur le mode de la responsabilité délictuelle et des articles 1382 à 1386 du Code Civil.

Il peut aussi s'agir d'une nullité du contrat, si par exemple, interruption volontaire de grossesse non auto-

risée par la loi, ou intervention sur le corps humain sans but curatif.

La responsabilité extracontractuelle ou délictuelle est aussi mise en jeu parce qu'il n'existe pas de contrat de soins, et qu'il n'existe pas de soins à proprement parler, la responsabilité est alors définie dans les articles 1382 à 1386 du Code Civil : "Article 1382 : Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par qui la faute duquel il est arrivé à la réparer". "Article 1383 du Code Civil : "Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence".

La responsabilité délictuelle résulte d'une faute directe à l'occasion d'un acte intentionnel (acte de soins) ou indirecte par omission, imprudence, négligence.

Le patient doit prouver la faute du médecin, le dommage est le lien de causalité entre les deux.

Le délai de prescription en matière délictuelle est de 10 ans à compter de la date de consolidation du dommage.

En fait, aucune différence essentielle dans le cadre d'une responsabilité civile délictuelle ou contractuelle existe véritablement depuis la loi du 04.03.2002, qui a réuni unifié le délai de prescription (délai pendant lequel le patient peut agir contre le responsable), qui est désormais de 10 ans dans les deux cas, alors qu'auparavant était de 30 ans en matière contractuelle et de 10 ans en matière délictuelle.

c. La mise en jeu de la responsabilité civile

La procédure civile est dite "accusatoire", c'est à la victime d'apporter la preuve de la non exécution de contrat et "contradictoire" l'ensemble des pièces constituant le dossier est connu des parties.

Pour engager la responsabilité médicale civile d'un médecin, le patient doit formuler une demande introductive d'instance, rédigée par un avocat, devant le Tribunal de grande instance, les parties doivent constituer leur dossier devant le juge de la mise en état. Une expertise est alors ordonnée par la juridiction civile.

Pour que la responsabilité médicale puisse être mise en jeu, il faut qu'il y ait eu une faute, un préjudice, une relation directe entre les deux.

Il y a donc toujours 3 conditions qui doivent être présentes toutes les 3.

– La faute, au fait dommageable peut-être une faute personnelle du médecin ou elle peut venir du fait des choses.

La preuve de la faute et du lien de causalité avec le dommage incombe toujours au patient.

Cependant, dans un certain nombre de cas, le magistrat peut faire appel à la présomption de faute.

Il en est ainsi, lorsque, après un geste médical, pour lequel aucune faute n'a pu être retrouvée, un dommage est apparu.

C'est le cas, par exemple d'une arthrite purulente survenue après une ponction articulaire et qui n'a pu être possible qu'en raison de l'inefficacité de l'asepsie cutanée, même si aucune faute n'a pu être retrouvée.

Le juge a estimé que l'asepsie préalable n'avait pu être pratiquée de façon correcte et a ainsi sans inversé la charge de la preuve caractérisée la faute commise par le médecin.

Dans d'autres cas, une faute a été commise, un préjudice a été suivi, mais le lien entre les deux, ne peut pas être démontré.

Le juge peut alors estimer qu'il n'est pas possible que la faute constatée n'ait pas joué un rôle dans l'apparition du dommage.

Le médecin mis en cause, doit alors démontrer qu'une cause étrangère à sa faute a pu être seule à l'origine du dommage subi par le patient pour ne pas voir sa responsabilité engagée.

* La faute personnelle,

Cette faute peut prendre 3 aspects : une faute technique, la violation d'un devoir d'humanisme ou "une faute banale".

La faute technique consiste à un non respect des données acquises de la science ou des "règles de l'Art", au cours d'un acte médical, qu'il soit diagnostique, thérapeutique ou de prévention.

L'état des données acquises de la science, au moment des faits en causes, résulte de ce qui est communément admis par l'ensemble des professionnels.

Il peut intégrer les recommandations des sociétés savantes médicales, les conclusions de conférences de consensus médicales, les bonnes pratiques médicales éditées, etc.

Il peut parfois admettre des pluralités d'opinions, dans le sens que même des sommités médicales, peu-

vent avoir des avis différents sur les moyens de diagnostics ou de traitements d'un cas bien précis.

Cet état des données acquies de la science est par essence évolutif.

L'appréciation de la faute se fera par référence à un standard, c'est-à-dire par rapport à ce qui ce fait, et à ce qui aurait dû être fait.

La violation d'un devoir d'humanisme est un comportement qui méconnaît les droits du patient, ce qui touche plus particulièrement à sa dignité.

Il peut s'agir d'une violation du secret professionnel médical, d'une non assistance à personne en péril, ou d'une information défectueuse viciant le recueil du consentement.

La faute banale ne met en cause, ni la technique médicale, ni les devoirs d'humanisme propres à l'exercice de la médecine.

Considérée comme banale, elle peut néanmoins être lourde de conséquences : par exemple amputer un membre sain au lieu du membre pathologique, faire chuter un patient d'une table d'examen....

* La responsabilité du fait des choses,

Cette responsabilité peut être délictuelle ou contractuelle.

La responsabilité du fait des choses inanimées est fondée sur l'article 1384 du Code Civil.

Du fait, de la nature contractuelle, qui unit le médecin au patient et de l'impossibilité de cumuler la responsabilité délictuelle et la responsabilité contractuelle, il est impossible d'appliquer la responsabilité du fait des choses aux dommages causés par les choses inanimées, maniées ou administrées par le médecin.

C'est donc en règle, une responsabilité contractuelle du fait des choses, qui est appliquée au médecin.

On fait donc ainsi peser sur le médecin, une espèce d'obligation de résultat, quand à la sécurité du fait des divers instruments ou autres objets dont il est amené à se servir au cours de son exercice.

La faute peut aussi être indirecte, et engager la responsabilité des commettants du fait de leurs préposés (Article 1384 du Code Civil), ou du fait des objets qu'on a sous sa garde, nécessaires aux actes de soins.

Il peut s'agir par exemple, du tube radiogène de rayons X d'un appareil radiographique ou d'une table d'examen qui se casse.

Violation d'un devoir d'humanisme : défaut de consentement d'un patient.

– La deuxième condition, le dommage

Tout dommage peut être invoqué, qu'il soit physique ou moral, ainsi que la perte de chance, il faut que ce dommage pour pouvoir être indemnisable, soit certain et actuel.

Le dommage infligé peut aller du dommage économique au dommage purement moral, en passant bien sûr par une atteinte à l'intégrité corporelle : infirmité voire décès.

– La troisième condition, l'existence d'un lien de causalité certain entre la faute et le dommage

Il faut qu'il existe une relation de cause à effet, entre le dommage invoqué et la faute, ce lien causal doit être certain et direct.

Pour la mise en jeu de la responsabilité civile, cette condition est souvent la plus difficile à établir.

En effet, il peut y avoir intrication entre les conséquences "normales" de la pathologie du patient et celles résultant de la faute, qui fait souvent planer le doute, empêchant de retenir le caractère certain d'un lien causal.

Ainsi, il peut avoir existé une faute médicale mais dont il est difficile de prouver qu'elle soit à l'origine certaine du dommage constaté, ce dommage pouvant avoir été également occasionné par la pathologie du patient.

Dans ces cas, on estime souvent que la faute commise a privé le patient des chances de guérison, de survie, que sa pathologie pouvait lui laisser.

On retient alors, que la faute a été la cause certaine d'une perte de chance, perte de chance qui sera alors indemnisée au titre d'un "dommage intermédiaire".

Ce dommage de perte de chance, est évalué en fonction de la probabilité de guérison, d'une survie, qui aurait existé, si la faute n'avait pas été commise.

Il est parfois difficile de faire la part entre ce qui est la conséquence d'une faute et ce qui n'est qu'une évolution naturelle de la maladie.

Le raisonnement est alors que la faute, n'a pas pu, à elle seule, entraîner le préjudice mais qu'elle en est vraisemblablement en partie responsable.

La réparation est alors partielle, proportionnelle si possible au rôle de la faute dans l'issue préjudiciable.

Ces problèmes de causalité, c'est-à-dire de relation entre la faute et le dommage, sont essentiellement résolus par l'expertise médicale.

En matière de responsabilité médicale, l'expertise médicale, doit résoudre les problèmes médicaux, pour aider le juge à prendre une décision dans un domaine où il est supposé ne rien connaître.

Il s'agit donc pour l'expert de donner un avis technique, auquel le juge, n'est pas lié, bien que la plupart du temps, la décision aille dans le sens des conclusions de l'expert.

Les points les plus fréquents sur lesquels, la mission est confiée à l'expert, sont la faute et le lien de causalité et plus rarement l'importance du préjudice.

L'expert doit répondre aux questions qui lui sont posées par le juge.

Pour expliciter son raisonnement, il doit se placer dans les conditions qui furent celles dans lesquelles le praticien, dont la responsabilité est mise en jeu, se trouvait au moment de la faute présumée.

L'expert doit alors conclure ce qui, compte tenu des circonstances et des données actuelles de la science aurait dû être fait par ce dernier praticien, de décrire ce qui a été fait et de comparer les deux attitudes.

Il n'a pas à se prononcer sur la faute éventuelle, que seul le juge peut apprécier.

La victime d'un dommage causé par plusieurs coauteurs peut conclure à une condamnation in solidum, ce qui signifie que la victime peut réclamer l'intégralité de l'indemnité au responsable qu'elle choisit, en principe le plus solvable.

Il appartient alors à celui qui a payé de réclamer leur part contributive aux codébiteurs.

3. La responsabilité administrative

a. Les fondements de la responsabilité administrative

Tout patient victime d'un dommage à l'hôpital peut également obtenir une réparation du préjudice subi.

La responsabilité de l'hôpital est une responsabilité administrative dans la mesure où l'hôpital est un établissement public.

L'administration est responsable des fautes commises par ses agents, à l'exception des fautes dites détachables du service, c'est donc l'hôpital public qui indemnise le patient pour le dommage causé par l'un de ses agents.

A la différence de la responsabilité civile, il ne se forme aucun contrat entre le malade et le médecin de l'hôpital, le patient ayant conclu un contrat de soins avec l'hôpital qu'il a choisi, mais pas avec le médecin qui est employé par l'hôpital.

Dans les établissements hospitaliers publics, il n'existe aucun contrat entre le médecin et le malade. Le malade ne choisit pas le médecin, le médecin ne peut pas refuser de soigner le malade. Le médecin dispose d'un personnel qu'il ne choisit pas et il utilise le matériel de l'hôpital. C'est l'institution hospitalière et donc l'Etat qui est responsable des fautes dommageables commises par le personnel hospitalier (personnel médical, paramédical ou administratif) sauf s'il existe une faute personnelle du médecin avec désir de nuire.

L'auteur d'un acte administratif n'agit pas comme un préposé au sens du droit civil, mais comme un organe de l'administration : en effet, il ne faut pas enlever au fonctionnaire, toute initiative en le laissant sous la menace d'une action en responsabilité pour faute commise dans le service.

Il en résulte, que la responsabilité de l'administration se substitue à celle de l'agent suivant les règles du droit administratif.

Ainsi l'article L.711-4 du Code de la Santé Publique se réfère expressément à ce régime : "Le service public hospitalier est assuré par les établissements de Santé Publique".

Cela entraîne les conséquences suivantes : le malade est soumis au règlement hospitalier, qu'il ne peut pas discuter, ce qui exclut la formation d'un contrat médecin malade et le recours au régime de responsabilité du Code Civil.

Les établissements de Santé Publique sont donc responsables indemnitaires des dommages causés par leurs agents, y compris par les médecins qui exercent, et ce, quelque soit le statut de ceci (médecins seniors, internes, étudiants,...).

L'immunité indemnitaire des médecins exerçant dans le secteur public, connaît cependant une exception, celle de la commission d'une « faute détachable du service », lorsqu'une telle faute a été commise, c'est

le médecin qui en répond indemnitaires au titre de sa responsabilité civile personnelle.

La faute détachable du service, peut résulter soit d'une faute commise en dehors du service, soit d'une faute d'une particulière gravité.

La faute commise en dehors du service, peut l'être dans toute situation où le médecin « n'est pas en service », lors de soins à donner en urgence au cours d'un déplacement privé, de soins prodigués par exemple à un voisin ou à une victime d'un accident en dehors du cadre hospitalier ou d'une mission hospitalière.

La « faute détachable du service », du fait d'une faute d'une particulière gravité peut être une faute intentionnelle (recherche du dommage : expérimentation pratiquée sur un patient sans son consentement ou sans intérêt thérapeutique) ou s'en rapprochant (prise de garde en état d'ivresse, refus de se déplacer lors d'une garde pour un patient présentant un risque vital, refus de soins, abandon de malade en danger, chirurgien opérant en état d'ébriété, chirurgien et anesthésiste quittant la salle d'opération en feu, en laissant le patient endormi et attaché sur la table, intervention chirurgicale sans le consentement du malade...), dans ce cas, postérieurement à l'action exercée par le patient contre le médecin, ce dernier peut recourir contre l'administration ou inversement, l'administration contre le médecin, pour la part de responsabilité qui revient à l'un ou à l'autre.

A la place de « faute détachable du service », on parle aussi de faute personnelle.

Dans ce cas, le juge judiciaire redevient compétent, en cas de faute dite personnelle.

Il est à noter que dans l'hypothèse d'une faute détachable du service, une assurance personnelle de responsabilité civile professionnelle du médecin, pourra garantir celui-ci, des conséquences indemnitaires des ses actes (sauf homicide et blessures volontaires, pour lesquelles la loi interdit à l'assureur de donner sa garantie).

Il convient de rappeler que l'exercice en secteur privé, au sein d'un établissement public, (activité libérale d'un médecin à l'hôpital) relève de la juridiction civile et non pas de la juridiction administrative.

La responsabilité médicale dans les établissements privés participant au service public, relève du juge juridique, même pour les praticiens détachés du service public et qui exercent dans ces hôpitaux, ce qui peut

paraître paradoxal, puisqu'ils gardent par ailleurs leur qualité de médecin du service public.

La responsabilité en ce qui concerne l'hospitalisation à domicile des personnes privées (médecins et auxiliaires), relève du juge judiciaire, tandis que celle des agents du service public exerçant en hospitalisation à domicile relève du juge administratif.

Par ailleurs, la responsabilité pénale, c'est-à-dire la responsabilité personnelle du médecin, peut toujours être recherchée, même pour le médecin exerçant une activité hospitalière stricte.

b. La notion de faute en responsabilité administrative

Les conditions générales d'une responsabilité administrative en matière médicale, sont les mêmes que celles qui ont été exposées pour la responsabilité civile, à savoir l'existence d'un dommage, d'une faute et d'un lien de causalité entre la faute et le dommage.

La faute peut être qualifiée de faute de service, qui se définit comme la faute d'un agent ou de faute dans l'organisation du service qui se définit comme des dysfonctionnements imputables non plus à une personne isolée mais à la chaîne de soins.

Dans la faute de service, est incluse le manquement aux obligations d'information et de recueil du consentement éclairé.

La faute dans l'organisation du service comprend : défaut de surveillance du malade (suicide), déficience dans l'administration de soins, absence de personnel qualifié (absence d'anesthésiste par exemple), défaut d'entretien du matériel (brûlure lors de l'ablation d'un plâtre).

aa. Historique

Avant le 10.04.1992, la jurisprudence administrative établissait une différence entre les actes de soins et les actes médicaux, exigeant pour reconnaître une faute, du fait de ses préposés, une faute lourde pour les actes médicaux, une faute simple pour les actes de soins réalisés par le personnel paramédical.

La distinction entre les actes de soins et les actes médicaux n'était pas toujours aisée, elle donnait lieu à de nombreuses interprétations, avec une appréciation finale par le Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat admettait assez facilement la faute simple mais se révélait beaucoup plus réticent pour retenir la faute lourde dans le cas d'un acte médical.

En fait, le Conseil d'Etat, par une décision du 10.04.1992, a abandonné le régime de la faute lourde, si bien qu'actuellement, toute faute peut engager la responsabilité administrative.

Le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 10.04.1992 abandonnait la notion de faute lourde pour les raisons suivantes :

- Premièrement, l'impossibilité de trouver un critère de distinction facile entre faute simple et faute lourde.

Ceci conduisait les juridictions administratives à retenir de plus en plus souvent l'existence d'une faute lourde.

Le Conseil d'Etat, tenait compte d'autre part, de l'accroissement de qualité du service public et du personnel médical et de l'évolution de la notion de responsabilité quant à l'indemnisation des victimes.

Il arrive même que le juge admette la présomption de faute dès lors que le préjudice lui paraît anormal et comme ne pouvant résulter que d'un défaut d'organisation du service.

L'arrêt COHEN en 1988 a introduit la notion de présomption de faute lorsqu'il existait une disproportion entre la gravité d'un dommage et la banalité de l'acte de soins.

Depuis l'arrêt du Conseil d'Etat du 10.04.1992, la gravité de la faute n'a plus d'importance, sa seule existence suffisant à entraîner la reconnaissance de la responsabilité administrative.

bb. La responsabilité sans faute

En ce qui concerne la responsabilité sans faute, elle existait déjà pour les dommages résultant d'une vaccination obligatoire, de la recherche biomédicale et des dommages résultant de la transfusion sanguine.

En ce qui concerne le problème des infections nosocomiales qui dépendent de la responsabilité sans faute, la loi du 04.03.2002, stipule que même si l'établissement de santé public apporte la preuve qu'il a respecté toutes les règles en matière d'hygiène, le seul moyen de ne pas engager sa responsabilité est de prouver la cause étrangère, c'est-à-dire, en pratique, l'infection préalable du malade, avant son admission.

On distingue en fait deux cas de responsabilité sans faute :

- le risque est inconnu, c'est le cas de l'aléa thérapeutique. Il peut s'agir des conséquences de l'utilisation d'une technique nouvelle.

Depuis l'arrêt GOMEZ (Cour d'Appel administrative de LYON, arrêt du 21.12.1990, JCP 1991. II. 21698 Note Moreau : il s'agissait d'un accident survenu au cours d'une intervention pour scoliose avec utilisation d'une technique nouvelle),

3 critères sont nécessaires pour déclencher une indemnisation :

- la thérapeutique nouvelle constitue un choix à risque dont on ignore les dangers
- l'absence de nécessité vitale,
- la technique pratiquée a causé un dommage d'une particulière gravité (existence de complications exceptionnelles et graves).

Cet arrêt GOMEZ stipulait que « les complications exceptionnelles et anormalement graves qui en sont la conséquence directe engagent, même en l'absence de faute, la responsabilité du service public hospitalier ».

Les Hospices civils de LYON, ne formaient alors aucun recours devant le Conseil d'Etat.

- le risque est prévisible et connu.

Il est, soit normalement prévisible, soit exceptionnel.

L'arrêt BIANCHI du 9.04.1993 du Conseil d'Etat (arrêt du 9.04.1993, du Conseil d'Etat, JCP 1993. II. 22061, Note Moreau : on constatait un accident en cours d'une artériographie vertébrale) a admis la réparation du risque thérapeutique, en exigeant que 3 critères soient nécessaires pour déclencher l'indemnisation du risque thérapeutique survenu à l'hôpital : l'acte médical était nécessaire au traitement et au diagnostic ; le dommage avait une gravité particulière ; le dommage est sans rapport avec l'état initial ou avec l'état prévisible.

Le Conseil d'état dans son arrêt du 09.04.1993, dit arrêt BIANCHI, condamnait l'Assistance publique de Marseille, pour une artériographie vertébrale avec injection du produit de contraste qui se compliquait pour le malade d'une tétraplégie définitive en l'absence de toute faute médicale.

L'arrêt BIANCHI, stipulait que « la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution

de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état ».

Ce système se révélait en fait, très inégalitaire, dans la mesure où le dommage réalisé dans un hôpital public, si l'acte médical sans faute y avait été réalisé, était indemnisé, alors qu'il y avait aucune réparation possible, si le même geste médical avait eu lieu dans un établissement de soins privé.

La loi du 04.03.02, a remédié à cette situation en estimant que l'aléa thérapeutique peut donner lieu à une indemnisation, que le patient se trouve dans un établissement public ou privé, lorsque certaines conditions, proches de celles des arrêts Bianchi et Gomez, sont remplies. L'aléa thérapeutique se définit comme la conséquence non maîtrisée d'un acte irréprochable. Dans son principe et ses modalités, la décision ou l'acte médical ne fait l'objet d'aucune critique, même s'il en est résulté un dommage important pour le patient. Il n'y a, ni culpabilité, ni responsabilité civile.

Il s'agit du recours devant la Commission Régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI).

c. La procédure en responsabilité administrative

Du point de vue procédural, quand un patient s'estime victime d'un préjudice, il doit, en matière d'exercice public, présenter une demande gracieuse au directeur de l'hôpital dans un délai de 4 ans, suivant l'apparition du dommage.

En cas de réponse négative, la victime peut exercer un recours devant le Tribunal administratif dans un délai de 2 mois.

Si la direction de l'hôpital garde le silence plus de 4 mois, la victime peut exercer un recours à tout moment dans un délai de 4 ans.

Ce type de responsabilité est jugé par le Tribunal administratif, qui a les compétences pour régler les litiges entre les particuliers, les agents de l'Etat et les collectivités locales.

Les juridictions de l'Ordre administratif sont : le Tribunal administratif, la Cour administrative d'appel, le Conseil d'Etat.

La juridiction compétente ordonne une expertise si nécessaire.

Il existe une juridiction de référé où l'on peut présenter des requêtes urgentes comme une demande d'expertise.

Les juges administratifs ne sont pas tenus par les règles du Code civil.

La responsabilité administrative est élaborée à partir du droit jurisprudentiel administratif.

B. RESPONSABILITÉ AUX FINS DE SANCTIONS

1. La responsabilité pénale

La responsabilité pénale concerne les actes contrevenant non pas au rapport "entre les personnes" mais à la "règle sociale" ayant donc constitué une infraction "à une règle d'ordre publique contenue explicitement dans le Code pénal".

Il y a 2 catégories de justiciables :

- Les personnes physiques (tout être humain) ;
- Les personnes morales, c'est-à-dire les collectivités publiques et territoriales, les sociétés anonymes, les parties politiques, les comités politiques.

La seule personne que l'on ne peut pas poursuivre est l'Etat, en raison du principe de séparation des pouvoirs, la sanction peut aller jusqu'à la dissolution de la personne morale (mort de la personne morale).

a. Les infractions commises dans le domaine médical

aa. Classification générale des infractions

La loi définit 3 catégories d'infractions :

- Les crimes, dont le délai de prescription est de 10 ans, pour lesquels la peine encourue est de plus de 10 ans de réclusion criminelle.
- Les délits, dont le délai de prescription est de 3 ans et pour lesquelles la peine encourue est une amende avec une peine correctionnelle d'une durée de moins de 10 ans d'emprisonnement.

- Les contraventions dont le délai de prescription est de 1 an et pour lesquelles la peine encourue est une amende.

α. Classification des actes de violences volontaires

— Sont considérés comme des contraventions, les actes suivants de violences volontaires :

- * les violences légères n'entraînant aucune incapacité (Article R624-1 du Code Pénal). Les violences volontaires n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de l'amende prévue pour les contraventions de la 4^{ème} place.
- * les violences ayant entraîné une incapacité inférieure ou égale à 8 jours sans circonstance aggravante (Article R624-1 du Code Pénal).

Les violences volontaires ayant entraîné une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à 8 jours, sauf circonstances aggravantes sont punies de l'amende prévue pour les contraventions de la 5^{ème} classe.

— Sont considérés comme des délits :

- * les violences volontaires ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égal à 8 jours, ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail, mais avec circonstances aggravantes (Article 222-13 du Code Pénal).

Les circonstances aggravantes concernent en particulier les violences commises :

- . sur un mineur de 15 ans
- . sur une personne particulièrement vulnérable (âge, maladie, infirmité,...)
- . sur un ascendant légitime ou naturel...

Dans ces cas, ces violences, avec circonstance aggravante, sont punies jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45.000 € d'amende.

— Sont également qualifiés de délit, les violences volontaires ayant entraîné une incapacité temporaire de travail de plus de 8 jours.

Les violences volontaires ayant entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours, sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45.000 € d'amende sauf circonstance aggravante (Article 222-11 du Code Pénal).

En cas de circonstance aggravante, les violences volontaires ayant entraîné une incapacité totale de tra-

vail pendant plus de 8 jours, sont punies jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende. (Article 222-12 du Code Pénal).

β. Classification des actes de violences involontaires

En ce qui concerne le dommage par atteinte involontaire à l'intégrité corporelle, il est capital pour le juge pénal de connaître la durée de l'incapacité temporaire totale au sens pénal du terme pour orienter le dossier vers le tribunal compétent :

— En cas d'ITT inférieure à 3 mois, sans circonstance aggravante, l'atteinte involontaire à l'intégrité corporelle, c'est-à-dire, le fait de causer atteinte à autrui par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à l'obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, le tribunal compétent est le tribunal de police dont la sanction maximale correspond pour cette contravention de 5^{ème} classe, à 1.500€.

On considère qu'il s'agit d'une contravention de 5^{ème} classe.

Lorsqu'il y a (Article R625-2 du Code Pénal), circonstance aggravante, c'est-à-dire, le fait de causer atteinte à autrui par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par loi ou le règlement, pour une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, la peine maximale est d'un an d'emprisonnement et de 15.000€ d'amende (Article 220-20 du Code Pénal).

Il s'agit alors d'un délit.

— Lorsque l'ITT consécutive est supérieure à 3 mois, il s'agit d'un délit dit de blessures involontaires.

* Le Tribunal compétent est le Tribunal correctionnel et la sanction encourue en cas de circonstance non aggravante, est une peine maximale de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende.

Le fait de causer à autrui par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, une incapacité de travail pendant plus de 3 mois, est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30.000€ d'amende (Article 222-19 du Code Pénal).

* En cas de circonstance aggravante, la peine encourue est portée à 3 ans d'emprisonnement et 45.000€ 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 3 ans d'emprisonnement et à 45.000 € d'amende » (Article 222-19 du Code Pénal).

bb. Classification des infractions commises dans le domaine médical

On classe les infractions qui peuvent être commises en médecine en deux types :

- les atteintes à l'intégrité corporelle
- les infractions à type de violation d'un devoir d'humanisme.

Parmi les atteintes à l'intégrité corporelle, on distingue les atteintes volontaires et les atteintes involontaires.

Parmi les atteintes volontaires, on inclue l'homicide et les blessures volontaires.

Il s'agit en médecine, pour l'essentiel, du problème de l'euthanasie et du non respect de conditions de licéité, de certains actes médicaux, tels que l'interruption de grossesse, la stérilisation à but contraceptif, la castration, les prélèvements d'organes et l'expérimentation humaine.

L'homicide involontaire et les blessures involontaires constituent le deuxième type d'atteinte à l'intégrité corporelle et recouvrent une catégorie d'infractions beaucoup plus vaste et qui constitue l'occasion la plus fréquente de mise en cause de la responsabilité pénale du médecin.

Pour les infractions contre l'humanisme, on distingue en particulier :

- Violation du secret professionnel (Article 226-1 du Code Pénal).
- Non assistance à personne en danger / en péril (Article 223-6 et 223-7 du Code Pénal)
- Exercice illégal de la médecine (Article L.372 du Code de Santé Publique)
- Délivrance d'un faux certificat à un patient (Article 441-8 du Code Pénal)

- Interruption illégale de grossesse (Articles 22310 excluant du Code Pénal)
- Refus de répondre à une réquisition (Article R.642-1 du Code Pénal)
- Non déclaration d'une maladie contagieuse.

b. La procédure pénale

aa. L'enquête pénale

La responsabilité pénale est jugée par les tribunaux de police pour les contraventions, les chambres correctionnelles des Tribunaux de Grande Instance pour les délits et la Cour d'Assises pour les crimes, les deux derniers niveaux étant susceptibles d'appel et le cas échéant de pourvoi devant la Chambre criminelle de la Cour de Cassation.

Les peines d'emprisonnement encourues peuvent être des peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis.

La responsabilité pénale est toujours personnelle : nul ne peut être pénalement responsable pour autrui.

Elle concerne donc tous les médecins à l'identique, quelque soit le cadre de leur exercice, libéral, salarié, public ou privé.

Elle peut également concerner les établissements de santé publics ou privés en leur qualité de personnes morales.

Le médecin est exposé à commettre certaines infractions plus que d'autres, pour la plupart appartenant à la catégorie des délits, jugés par le Tribunal correctionnel, exposant à une peine de prison pouvant être assortie du sursis ou à une peine d'amende.

La preuve de la faute nécessite un certain nombre d'étapes incontournables.

La mise en jeu de la responsabilité pénale répond grossièrement au même raisonnement qu'en responsabilité civile avec quelques différences.

Le patient s'estimant victime, peut porter plainte au commissariat de police ou dans une gendarmerie.

Le dossier est transmis au procureur de la république qui prend une décision en vue des éléments consécutifs du dossier : décision de classement sans

suite, de citation directe, de procédure de flagrant délit ou ouverture d'une information.

Mais le plus fréquemment, le procureur ouvre une information.

L'enquête préliminaire de Police ou de Gendarmerie recherchera des causes techniques mécaniques d'un dommage, des précisions sur le déroulement de l'accident et les causes de l'accident (par exemple, du point de vue médical, le médecin légiste après un ordre d'autopsie devra fournir les causes du décès).

Cette procédure permet alors au juge d'instruction de diligenter une ou plusieurs expertises.

Le juge d'instruction pourra saisir le dossier médical en présence d'un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins.

Le dossier médical fait alors l'objet d'un scellé, qui est annexé au dossier d'instruction.

Seul l'expert a connaissance du dossier médical (pour le respect du secret médical) dans le cadre d'une mission d'expertise ordonnée par le juge d'instruction.

L'expert recherchera la cause du dommage, l'enchaînement qui a entraîné le dommage ainsi que les manquements qui sont à l'origine du dommage.

bb. La notion de faute

En matière pénale, l'existence d'un dommage n'est pas toujours nécessaire à la constitution de l'infraction, c'est le comportement qui est puni, parfois indépendamment des résultats, comme par exemple, dans le cadre de la non assistance à personne en péril.

Cependant, en matière d'homicide et de blessures involontaires, le dommage est nécessaire pour que l'infraction existe.

Le lien de causalité, établi entre la faute commise et ce résultat de dommage doit être certain.

Il doit être en général direct.

Mais il peut être également indirect, lorsque l'auteur de l'infraction a participé à créer les conditions de survenue du dommage ou qu'il n'a rien fait pour empêcher sa survenue et s'il a commis une faute caractérisée ou qu'il a violé de façon manifestement délibérée une règle de sécurité imposée par la loi ou le règlement.

A titre d'exemple, on peut citer, le cas d'un anesthésiste qui est tenu pour pénalement responsable de la mort d'un patient lors de la phase de réveil post-anesthésique, car il n'a pas pris les précautions nécessaires de surveillance et ainsi a créé des conditions de risques de survenue du décès par une faute caractérisée, même si le lien direct entre cette faute et le décès n'a pu être établie.

L'indemnisation du dommage peut-être recherchée par le patient en parallèle à la mise en cause de la responsabilité pénale au cours du même procès par le jeu de la constitution de partie civile.

La notion de faute est appréciée *in concreto* par référence au comportement d'un professionnel normalement prudent, diligent et avisé placé dans les mêmes circonstances disposant des mêmes pouvoirs et mêmes prérogatives.

C'est donc un raisonnement par référence.

Seul l'expert a connaissance du dossier médical (pour le respect du secret médical) dans le cadre d'une mission d'expertise ordonnée par le juge d'instruction.

L'expert recherchera la cause du dommage, l'enchaînement qui a entraîné le dommage ainsi que les manquements qui sont à l'origine du dommage.

L'erreur de diagnostic ne permet pas à elle seule de mettre en jeu, la responsabilité médicale du médecin.

En revanche, l'imprudence, la négligence du médecin au moment où il pose le diagnostic, où il effectue le traitement, sont condamnables.

Le lien de causalité en matière pénale, la démonstration du lien de causalité cherchera à définir s'il s'agit d'une causalité directe ou indirecte.

La causalité est dite directe, lorsque la maladresse a été la source directe du dommage.

On parle de causalité indirecte, lorsque la maladresse n'a fait que contribuer à la réalisation du dommage.

La nature de la causalité détermine l'importance de la preuve à apporter.

En cas de causalité directe, la plus petite faute dès lors qu'elle est entrée dans l'enchaînement des causes ayant entraînés le dommage, suffit à fonder la poursuite pénale.

En cas de causalité indirecte, dans les délits non intentionnels, la responsabilité pénale est établie par l'article 121-3 du Code Pénal, qui stipule que "les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le

dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi, qu'elles ont soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui expose autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer”.

Dans le cas d'une causalité indirecte, 3 conditions doivent donc être réunies pour que la responsabilité médicale soit mise en cause.

Il faut qu'il s'agisse d'une faute :

- Caractérisée : l'imprudence ou la négligence reprochée doit être particulièrement marquée, avoir une particulière évidence, une particulière intensité, cette caractérisation étant appréciée par le juge.
- Une faute exposant autrui à un risque d'une particulière gravité ;
- Une faute avec un risque que ne pouvait ignorer l'auteur de la faute (au moment il a commis la faute reprochée). La faute doit donc être manifestement délibérée et répondre à une double exigence :

Existence d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement et démonstration que le médecin, qui connaissait cette obligation, a choisi de façon délibérée de ne pas la respecter.

La loi du 10.07.2000, qui modifie cet article 121 - 3 du Code Pénal, ne s'applique pas aux personnes morales.

L'article 121-3 du Code Pénal, modifié par l'article premier de la loi du 10 Juillet 2000, en exigeant une faute “caractérisée”, pour engager la responsabilité du praticien en cas de cause indirecte entraîne une dépenalisation de la responsabilité médicale.

On assiste d'autre part, à une disparition de l'unicité de la faute pénale et de la faute civile.

En effet, l'article 4-1 du Code de Procédure Pénale introduit par la loi du 10.07.2000, stipule que “l'absence de faute pénale non intentionnelle au sens de l'article 121-3 du Code Pénal ne fait pas obstacle à l'exercice d'une action devant la juridiction civile afin d'obtenir la réparation d'un dommage sur le fondement de l'article 1383 du Code Civil, si l'existence de la faute civile prévue par cet article est établie...”.

Si l'enquête a pu mettre en jeu la responsabilité du médecin et s'il existe des indices suffisamment graves et concordants permettent une mise en examen (anciennement appelée inculpation), on assiste alors à une mise en examen par le juge d'instruction.

Les personnes mises en examen bénéficient de droits importants :

- elles ne prêtent pas serment ;
- elles peuvent être assistées d'un avocat, qui peut en permanence avoir accès au dossier ou discuter une expertise (demander un complément d'expertise ou une contre expertise).

Le médecin mis en examen bénéficie de l'avantage de lire rapidement l'objet de la plainte et de prendre connaissance du rapport d'autopsie et du rapport d'expertise.

La loi de Janvier 2001, a d'autre part instauré le statut intermédiaire de témoin assisté, qui est “intermédiaire entre le témoin et le mis en examen”.

Le témoin assisté bénéficie de l'assistance d'un avocat qui a connaissance des rapports médicaux.

Ainsi toute personne qui est visée par une plainte faisant l'objet du statut de témoin assisté, peut bénéficier dans le réquisitoire introductif, des mêmes droits que la mise en examen sans être inculpé.

C'est seulement après l'expertise et l'enquête de Police ou de Gendarmerie, si celle-ci, met en évidence des éléments précis et concordants à la charge du témoin assisté, que celui-ci pourrait être mis en examen.

L'assureur de la responsabilité civile professionnelle doit sa garantie dans cette hypothèse sauf en matière d'homicide et de blessures volontaires, mais il ne couvre pas l'amende éventuelle du médecin condamné.

cc. Avantages et inconvénients de la voie pénale

La voie pénale permet certains avantages :

Dans la voie civile, le patient doit apporter lui-même les preuves de la culpabilité et consigner les frais d'expertise.

La victime dans la voie pénale n'a pas à apporter la preuve du dommage, c'est la justice qui instruit le dossier, demande, règle et paye les expertises.

Les victimes peuvent, par la voie pénale, voir le responsable sanctionné, tout en bénéficiant d'une indemnisation en se constituant partie civile, les victimes bénéficient de facilités procédurales (c'est le magistrat qui instruit l'affaire et la victime n'a pas à faire la preuve du dommage, la partie civile n'a plus à avancer les frais d'expertise, à la charge du Trésor Public, procédure en général plus rapide que la voie civile), elle présente également des inconvénients, elle ne permet pas d'indemniser tous les dommages comme au civil.

En effet, seuls les délits réprimés par le Code pénal, peuvent être reprochés au médecin.

La victime n'a donc pas le droit d'invoquer la perte de chance, le défaut d'information ou la présomption de faute.

Cette notion est importante, car dans de nombreux dossiers, il n'est alors pas possible de trouver un acte fautif pénalement, le demandeur est donc débouté au pénal.

Ainsi, le médecin qui opérait sans faute mais qui a omis d'informer le malade des risques opératoires prévisibles et effectivement survenus, a commis une faute mais non sanctionnée pénalement.

2. La responsabilité disciplinaire.

Nous l'étudierons que la seule responsabilité disciplinaire encourue devant les instances de l'Ordre des médecins.

Nous écarterons de cette étude volontairement la responsabilité disciplinaire statutaire des médecins du secteur public et la responsabilité des médecins salariés du secteur privé qui relève du droit du travail, car elles ne comportent qu'un intérêt marginal.

a. Le Code de déontologie médicale

La faute disciplinaire est définie comme tout manquement aux principes énoncés dans le Code de déontologie médicale.

Le Code de déontologie médicale a été promulgué le 06.09.1995 (Décret n°1000-95 du 06.09.1995).

L'Ordre des médecins est investi d'un pouvoir disciplinaire, auquel chaque médecin en exercice, inscrit au tableau des conseils de l'Ordre doit se soumettre.

Seuls les médecins militaires et les médecins non thésés, qui ne sont pas encore inscrits au conseil de l'Ordre ne sont pas soumis aux règles disciplinaires déontologiques.

Cette fonction de l'Ordre des médecins stipulée par l'article L.4121-2 du Code de la Santé Publique, qui stipule que "l'Ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de dévouement, indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie..."

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale".

Ce Code de déontologie pose des principes qu'il convient de ne pas violer et se distingue en cela du Code Pénal, qui est un "catalogue" d'infractions.

Le Code de déontologie médicale est un droit dit continu, puisqu'il ne stipule pas des interdictions mais édicte des règles de bonne conduite que chaque médecin inscrit à l'ordre est tenu de respecter.

Il reviendra donc au juge disciplinaire d'estimer si un principe déontologique a été violé, au cas par cas, en examinant le comportement du médecin relativement à ce qu'énonce le Code de déontologie.

Les principes du Code de déontologie, concernent non seulement l'exercice professionnel mais également la conduite du médecin en dehors de l'exercice professionnel.

Ainsi par exemple, un médecin condamné pénalement pour conduite en état d'ivresse à l'occasion d'un déplacement privé en vacances, peut être disciplinairement sanctionné pour les mêmes faits, car ce comportement porte atteinte à la "considération de la profession" et enfreint à ce titre l'un des principes énoncés dans le code de déontologie.

b. La procédure disciplinaire

— L'action disciplinaire connaît des particularités :

- * La décision de condamnation ne peut en aucun cas condamner à réparation d'un préjudice.
- * La décision de condamnation est dépourvue de la force exécutoire qui est attachée normalement aux décisions de justice. L'exécution forcée, ne peut être obtenue qu'en saisissant les Tribunaux judiciaires.

- * L'action disciplinaire n'empêche aucune autre sanction pénale ou civile.
- * Les peines prononcées par une juridiction disciplinaire d'une part et une juridiction pénale d'autre part, peuvent se cumuler.
- * Le juge disciplinaire n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à la décision du juge pénal. Bien plus, même après qu'une décision pénale soit intervenue, le juge disciplinaire reste maître de la qualification des faits dans le domaine déontologique.

— Plus généralement, l'action disciplinaire est indépendante des autres actions qui peuvent être engagées contre un médecin, que ce soit, au civil ou au pénal.

Lorsque le juge pénal s'est prononcé avant le juge disciplinaire, celui-ci est tenu par les faits établis au cours du procès pénal, mais il reste libre de donner aux faits, une qualification différente de celle retenue pénalement.

Par exemple, un médecin relaxé au pénal de l'infraction de non assistance à personne en péril au motif que la victime n'était plus vivante lors de l'appel du médecin, peut être condamné par l'instance disciplinaire.

Une autre particularité de la procédure disciplinaire à l'inverse des procédures judiciaires est l'absence de délai de prescription.

En pratique libérale, la saisine du conseil de l'Ordre, peut-être le fait du Conseil national, des Conseils départementaux, des syndicats médicaux ou du ministre de la Santé, du Préfet ou du directeur de la DASS.

En pratique pour les médecins chargés d'une mission de service public (médecins des hôpitaux publics, médecins-conseils de l'Assurance-maladie...), cette possibilité est réduite au ministre de la Santé, au Directeur de la DASS, au procureur de la République, au Préfet et au Directeur de l'agence Régionale de l'Hospitalisation.

Le patient ne peut pas saisir directement le Conseil Régional, il ne peut que présenter sa plainte devant le Conseil Départemental qui la transmettra au Conseil Régional.

Le patient n'est donc pas partie à l'instance.

Le patient doit donc déposer une plainte devant le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins.

Ce dernier président doit convoquer l'auteur de la plainte et le médecin mis en cause dans un délai maximal de 1 mois en vue d'une conciliation.

En cas d'échec de cette conciliation, il doit transmettre la plainte à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance (du Conseil Régional), dans un délai maximal à compter de l'enregistrement de la plainte avec l'avis motivé du Conseil Départemental.

En cas de carence du Conseil Départemental, le plaignant peut demander au Président du Conseil National, qui doit répondre dans un délai de 1 mois, de saisir la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance.

Au sein de l'Ordre National des médecins, c'est le Conseil Régional qui, en 1^{ère} instance, exerce la compétence judiciaire disciplinaire.

Les sanctions encourues sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer des fonctions rémunérées par l'Etat ou les collectivités publiques, l'interdiction temporaire d'exercice (au maximum pour 3 ans), la radiation du tableau de l'Ordre.

L'avertissement et le blâme entraînent l'inéligibilité pour 3 ans dans les instances de l'Ordre des médecins, les autres sanctions à titre définitif.

Les interdictions ou suspension temporaire peuvent être associées d'un sursis, total ou partiel, révocable, en cas de commission d'une nouvelle infraction disciplinaire dans les 5 ans qui suivent.

La radiation est en principe définitive mais l'intéressé peut demander au bout de 3 ans, le « relèvement » de la sanction.

Ce relèvement n'est pas de droit et s'il est refusé, ne peut être demandé de nouveau qu'après un délai de 3 ans.

La procédure devant le Conseil Régional de l'Ordre des médecins est écrite et contradictoire.

L'audience n'est pas publique.

Les appels sont possibles devant la Chambre disciplinaire nationale par les personnes ayant la capacité de porter plainte et le médecin poursuivi.

Les juridictions compétentes sont la Chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre des méde-

cins, la Chambre disciplinaire du Conseil National en appel et le Conseil d'Etat en Cassation.

c. La procédure du contentieux du contrôle technique

Il existe une procédure particulière intitulée le contentieux du contrôle technique. Il existe au sein de chaque Conseil Régional de l'Ordre des médecins, une formation dite section des Assurances sociales du Conseil Régional.

Cette section est présidée par le Président du Tribunal administratif ou l'un de ses conseillers.

Cette section est composée de 2 assesseurs, et composée, outre le Président, de 2 assesseurs membres du Conseil Régional de l'Ordre des médecins et de 2 assesseurs représentant les organismes d'Assurance maladie, l'un administrateur de la Caisse d'Assurance maladie, l'autre médecin conseil.

La saisie peut être exercée par les organismes d'assurance maladie, les caisses d'assurances maladie agricoles, la DRASS, certains médecins-conseils, l'inspection du travail, les syndicats des médecins, les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Le délai de prescription est de 3 ans.

Les faits punissables sont les « fautes, abus, fraudes et tout fait intéressant la profession à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux ».

Les sanctions sont l'avertissement, le blâme avec ou sans publication, l'interdiction temporaire ou permanente de donner des soins aux assurés sociaux avec publication obligatoire, le remboursement à l'assuré du trop perçu en cas d'abus d'honoraires, le remboursement à la Caisse des frais occasionnés par des prescriptions abusives. ■

BIBLIOGRAPHIE

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun. Paris : Le Concours Médical, 2001.

Bernard M. : 120 questions en responsabilité médicale. Paris : éditions Masson, 2007.

Bourgeois G., Julien P., et Zavarro M. : La pratique de l'expertise judiciaire. Paris : Editions Litec, 1999.

Dang-Vu V. : L'indemnisation du préjudice corporel, Paris : Editions L'harmattan, troisième édition, 2010.

Hureau J. : L'expertise médicale en responsabilité médicale et en réparation d'un préjudice corporel. Paris : Editions Masson, 2^e édition, 2005

Jourdain P. : Les principes de la responsabilité civile. Paris : Editions Dalloz, 5^e édition, 2000.

Lambert-Faivre Y., Porchy-Simon Stéphanie : Droit du dommage corporel, systèmes d'indemnisation. Paris : Editions Dalloz, 6^e édition, 2009.

Lambert-Faivre Y. : Droit des assurances. Paris : Editions Dalloz, 10^e édition, 1998.

Lucas-Baloup I. et Schuhl J.F. : Expertise médicale judiciaire : 20 questions sur la méthodologie et le statut de l'expert. Paris : Editions SCROF, 1997.

Olivier M. et Rolland A. : Le médecin expert et conseil. Paris : Ellipses Editions Marketing, Collection Les professions de santé face à la Justice, 2000.

Poitout D. et Hureau J. : L'expertise en responsabilité médicale et en réparation du préjudice corporel. Paris : Editions Masson, 1998.

Rogier A. : Responsabilité médicale. Paris : Editions Eska, 2005.

Société de médecine légale et de Criminologie de France : Barème d'évaluation médico-légale. Paris : éditions ESKA, 2000.

Welsch Sylvie : Responsabilité du médecin. Paris : Editions Litec, 2^e édition, 2003.

ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2012

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	<i>Normal</i>	<i>Institution</i>	
Journal de Médecine Légale Droit Médical (8 N ^{os}) <i>Journal of Forensic Medicine</i>	261 €	323 €	313 €	378 €	162 €
Journal d'Économie Médicale (8 N ^{os})	203 €	241 €	242 €	294 €	125 €
Journal International de Bioéthique (4 N ^{os}) <i>International Journal of Bioethics</i>	146 €	182 €	176 €	214 €	—

Nom / Name Prénom / First name
 Adresse / Address
 Code postal / Zip cod Ville / Town
 Pays / Country

Je désire m'abonner à la revue de / I wish to subscribe to

« Journal de Médecine Légale Droit Médical » (bilingue) ☐

« Journal d'Économie Médicale » ☐

« Journal International de Bioéthique » (bilingue) ☐

Nombre d'abonnements

Number of subscriptions

Ci-joint la somme de / Please find enclosed the sum of €
 à l'ordre des Éditions ESKA / made payable to Éditions ESKA

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).

(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE

*Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction
 par tous procédés réservés pour tous pays.*

La loi du 11 mars 1957, n'autorisant aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que des copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, que les analyses et courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'art. 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français de Copyright, 6 bis, rue Gabriel Laumain, 75010 PARIS.

© 2012 / ÉDITIONS ESKA

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : SERGE KEBABTCHIEFF

CPPAP n° 0412 T 81816 — ISSN 0999-9809 — ISBN 978-2-7472-1913-6