



GUIDE PRATIQUE À L'USAGE
DES REPRÉSENTANTS ASSUREURS
DANS LES COMMISSIONS
DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

6^e édition

Juin 2024

SOMMAIRE

CHAPITRE I : LA VIE DANS LES CCI

PRÉAMBULE : AVANT VOTRE NOMINATION	7
I - LES CCI, QU'EST-CE QUE C'EST ?	8
A. UN DISPOSITIF ISSU DE LA LOI DU 4 MARS 2002	8
- Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)	8
- L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)	9
- La Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAMed)	9
B. LEUR ORGANISATION	9
C. LEURS MISSIONS	10
1° Une mission de conciliation	10
2° Une mission d'indemnisation	11
II - LA CCI ET VOUS PENDANT LA DURÉE DE VOTRE MANDAT	12
A. VOTRE ACTIVITÉ DE REPRÉSENTANT	12
1° Le secret professionnel	12
2° La fréquence des réunions de votre Commission	12
3° Le règlement intérieur des CCI	12
4° Les incompatibilités	13
5° Le quorum	13
6° Une nécessaire alternance	13
B. LA PROCÉDURE DEVANT LA CCI	14
1° La prescription	14
2° La saisine	14

3° L'instruction du dossier	14
- Le rôle du président de CCI	14
- L'examen des critères de compétence	14
a) Un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24 %	14
b) Un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à 50 % sur une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois	15
c) A titre exceptionnel :	15
• L'inaptitude professionnelle	15
• Les troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence	15
C. L'EXPERTISE	16
D. L'AVIS DE LA CCI	18
III - LA FIN DE VOTRE MANDAT DE REPRÉSENTATION	20
CHAPITRE II : LE POINT SUR CERTAINS PROBLÈMES JURIDIQUES ET/OU TECHNIQUES	
I - LA PART IMPUTABLE À L'ACTE MÉDICAL ET LA PRISE EN COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR	23
II - LE CAS DE LA VICTIME NON CONSOLIDÉE	23
III - LE DOMMAGE ANORMAL	23
IV - LA PLURALITÉ DES CAUSES POSSIBLES	25
ASPECTS PARTICULIERS	27
ANNEXES	33
BIBLIOGRAPHIE	52

CHAPITRE I

LA VIE DANS LES CCI

Remarque liminaire :

Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation sont davantage connues sous leur appellation initiale issue de la loi du 4 mars 2002, à savoir Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation. Cependant, le décret n° 2012-298 du 2 mars 2012 (cf. Annexes) a supprimé le caractère régional de la Commission. L'acronyme CRCI ne sera donc repris dans le document que lorsqu'il s'agit d'un terme issu de textes légaux et dès lors non modifié par le décret du 2 mars 2012.

PRÉAMBULE : AVANT VOTRE NOMINATION

Votre société vous informe qu'elle souhaite présenter votre candidature afin que vous soyez nommé représentant des sociétés d'assurances au sein d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI). Concrètement, cette proposition sera relayée auprès de France Assureurs (FA) par l'Association pour l'Étude de la Réparation du Dommage Corporel (AREDOC), puis soumise à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de votre région qui statuera sur votre candidature.

En cas d'acceptation, vous serez nominativement désigné « *représentant des assureurs* » au sein de la CCI concernée, par le biais d'un arrêté émanant du directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Vous pouvez exercer la fonction de représentant titulaire ou suppléant selon la répartition des postes décidée par France Assureurs. Votre mandat s'exercera sur une durée de 3 ans, sauf démission ou départ au cours de cette période.

Votre rôle est important dans cette instance puisqu'il engage, au-delà de la seule représentation de votre société, l'image de marque de l'ensemble de la profession.

Votre mission de représentation exige des compétences juridiques spécialisées, non seulement et bien entendu en responsabilité médicale, mais aussi en évaluation du dommage corporel. Il s'agit donc d'une implication importante dans des circonstances souvent délicates, face à des magistrats, des professionnels de santé et des associations de victimes.

Cette mission est indépendante de votre activité professionnelle salariée habituelle et vous devrez conserver un devoir de réserve sur les dossiers qui seront évoqués en CCI, n'en reporter à votre compagnie que l'aspect quantitatif au niveau du temps passé et non évoquer les dossiers dans les détails, puisque vous êtes, comme l'ensemble des membres qui siègent en CCI, soumis au secret professionnel. Cette représentation nécessite également un travail non négligeable : étude préalable des dossiers soumis à la CCI, déplacements réguliers et participation active aux débats (entre une et deux fois par mois en moyenne, selon les CCI).

Votre rôle est également important car vous devrez veiller à la bonne application des règles de droit en matière de responsabilité médicale et de réparation du dommage corporel, les assureurs, en tant que payeurs d'indemnités étant directement impactés par les avis qui seront rendus en CCI.

Vous aurez à effectuer des déplacements afin de vous rendre dans la CCI dans laquelle vous êtes nommé. Des indemnités sont susceptibles de vous être attribuées lorsque votre participation aux séances de la Commission entraîne une perte de revenus. De même, vous pourrez bénéficier du remboursement des frais de transport et de séjour que vous seriez susceptibles d'engager dans le cadre de votre mission par l'ONIAM, selon les modalités définies par l'article R. 1142-8 du Code de la santé publique (CSP) et le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006. Ces documents détaillent les frais kilométriques, le montant des indemnités de repas, ainsi que les justificatifs à fournir.

L'AREDOC, organisme professionnel, a actuellement en charge, parmi ses différentes missions, l'animation du réseau des représentants assureurs au sein des CCI. Au sein de l'AREDOC, la COREME (Commission de réflexion en responsabilité médicale) qui regroupe des représentants des entreprises d'assurance de responsabilité médicale est plus spécifiquement chargée de la gestion des candidatures et de la tenue à jour des listes des représentants CCI. La COREME mène également des actions visant à soutenir les représentants assureurs au travers de réunions (notamment la réunion annuelle de tous les représentants), de la publication des « Lettres de la COREME », de « *flashs infos* » destinés aux

représentants dans les CCI et traitant d'un point de droit ou de jurisprudence d'actualité ; la publication de brochures, entre autres : *De l'usage du dossier médical en responsabilité médicale (mai 2010)* ; *Questions pratiques sur l'obligation d'information en responsabilité médicale (mai 2011)* ; *La perte de chance en responsabilité médicale aujourd'hui (mai 2012)* ; *La responsabilité en cas de dommages impliquant un produit de santé ou un dispositif médical (2013)* ; *Les infections nosocomiales : aspects médico-juridiques (2014)* ; *L'état antérieur... au présent : actualité sur les aspects médico-juridiques en responsabilité médicale (2016)* ; *Des règles de l'art aux données acquises de la Science (2017)* ; *Imagerie médicale : de l'évolution à la révolution ? (2018)* ; *Vade-mecum sur les postes de préjudices de la nomenclature Dintilhac (2018)* ; *De l'équipe médicale à l'équipe de soins (2019)* ; *Faute, aléa thérapeutique, perte de chance : état des lieux 18 ans après la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 ; (2020)* ; *Les aspects médico-légaux en gynéco-obstétrique : la grossesse, l'accouchement et le suivi post-natal (2021)* ; *Les aspects médico-légaux de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (2022)* ; *Les aspects médico-légaux en psychiatrie : de la prévention à la réparation (2023)*¹.

Enfin, la COREME a rédigé et met à jour régulièrement ce guide qui se veut un livret d'accompagnement de votre mission dans les CCI, et l'un des divers outils d'informations techniques et juridiques.

I - LES CCI, QU'EST-CE QUE C'EST ?

A. UN DISPOSITIF ISSU DE LA LOI DU 4 MARS 2002

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a mis en place un dispositif d'indemnisation spécifique des patients victimes d'accidents médicaux, d'infections iatrogènes et infections nosocomiales, système destiné à favoriser le règlement amiable de ce type de sinistres dont le régime d'indemnisation demeure fondé sur la faute prouvée.

À cet effet, 3 instances ont été créées par cette loi : les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI), l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (l'ONIAM), et la Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAMED).

Par la suite, la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009, dite de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures, puis l'un de ses décrets d'application en date du 2 mars 2012 (n° 2012-298) sont venus aménager et compléter le dispositif initial. Depuis lors, les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation peuvent ne plus être uniquement régionales ; plusieurs Commissions pourront être créées au sein d'une même région en fonction du nombre de demandes d'indemnisation formulées auprès des CCI actuellement existantes, du nombre d'habitants de la région, du nombre de professionnels, d'établissements et organismes exerçant dans la région.

Par ailleurs, le décret adapte certaines conditions de fonctionnement de ces Commissions lorsque sont en cause des dommages liés à des recherches biomédicales.

Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

Les CCI sont chargées d'instruire les dossiers et, dès lors que la victime présente un dommage qui atteint un certain seuil de gravité, elles doivent « émettre un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable ».

Les CCI sont regroupées en sept pôles interrégionaux qui sont les suivants :

- le pôle de Nancy, regroupant les CCI des régions Lorraine, Guyane, Martinique, Guadeloupe, Alsace, Champagne-Ardenne, Franche Comté,
- le pôle de Grand Ouest, rassemblant les CCI d'Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes,
- le pôle de l'Île-de-France,
- le pôle de Lyon Nord, réunissant les CCI d'Auvergne, Bourgogne, Rhône-Alpes,
- le pôle de Lyon Sud, réunissant les CCI du Languedoc-Roussillon, PACA, Corse,
- le pôle du Nord, regroupant les CCI de Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Centre,
- le pôle de l'Ouest, réunissant les CCI des Pays de la Loire, Bretagne, Haute et Basse Normandie, Île de la Réunion.

Ce traitement amiable des dossiers n'exclut pas, bien entendu, la possibilité pour la victime de transiger avec le responsable et son assureur, comme cela était déjà le cas avant la loi du

1. Ces publications peuvent être consultées sur le site de l'AREDOC (www.aredoc.com), ainsi que des brochures spécialisées en dommage corporel.

4 mars 2002 ou même d'ester en justice directement si elle le souhaite. Cependant, au terme de la procédure amiable enclenchée par l'avis de la CCI, toute acceptation par la victime de l'offre présentée par l'ONIAM ou par l'assureur éteint la possibilité de contentieux administratif ou civil (articles L.1142-14 et L.1142-17 du CSP). C'est pourquoi il convient de penser à interroger le demandeur afin de savoir si une procédure judiciaire est en cours mais aussi s'il a déjà bénéficié de prestations, ou d'une indemnisation à un autre titre en lien avec son préjudice (recours à une MDPH, loi Badinter, garantie accident de la vie privée...).

L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)²

Il s'agit d'un établissement public à caractère administratif, dont le dispositif est régi par l'article L.1142-22 du Code de la santé publique. L'Office est chargé d'indemniser, au titre de la solidarité nationale, les victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales, dans les conditions fixées par les articles L.1142-1, L.1142-1-1 et L.1142-17 du CSP. Il intervient également dans l'indemnisation des victimes de contamination par le VIH ou le VHC ayant pour origine une transfusion sanguine ou un produit dérivé du sang, de vaccinations obligatoires, de mesures sanitaires d'urgence, de contamination par l'hormone de croissance.

Par ailleurs, l'article 57 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 a confié à l'ONIAM, depuis le 1er septembre 2011, le dispositif d'indemnisation des victimes du Benfluorex. Dans le cas d'une infection nosocomiale ayant entraîné un taux d'AIPP supérieur à 25 % ou un décès, l'indemnisation incombe à l'ONIAM qui dispose d'un recours subrogatoire à l'encontre de l'assureur si la preuve d'une faute caractérisée commise par l'établissement de santé est rapportée.

Enfin, la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 a mis en place une procédure d'indemnisation pour les victimes du valproate de sodium (matière active de la Dépakine®).

Ces victimes sont indemnisées soit par les responsables identifiés par le comité d'indemnisation, soit par l'ONIAM lorsque les responsables identifiés refusent de présenter une offre d'indemnisation ou proposent à la victime une offre manifestement insuffisante. L'ONIAM peut se retourner ensuite contre les responsables identifiés par le comité d'indemnisation.

La Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAMed)³

Sa création et sa composition sont codifiées aux articles L.1142-10 et suivants du CSP. Sa composition, ses missions et ses règles de fonctionnement ont été fixées par le décret n°2002-656 du 25 avril 2002. Elle a principalement en charge la formation des experts en responsabilité médicale et l'élaboration d'une liste de ces experts. Chaque année, elle évalue les conditions de réalisation des expertises diligentées par les CCI à partir du rapport que chacune d'entre elles lui a fait parvenir. Elle reçoit également toutes les informations relatives au fonctionnement et à l'activité de ces Commissions et établit chaque année un rapport d'évaluation du dispositif qu'elle remet au Gouvernement et au Parlement. À partir de ces mêmes informations, la Commission nationale formule des recommandations sur la conduite des expertises et élabore des propositions visant à une application homogène du dispositif, qu'elle adresse aux ministres et aux Commissions.

B. LEUR ORGANISATION

Le décret n° 2002-886 du 3 mai 2002, pris en application des textes L. 1142-6 et L. 1143-1 du Code de la santé publique a institué les CRCI. Ces Commissions sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, qui peut être placé en position de détachement et être ainsi entièrement dédié au dispositif. Il a la possibilité de présider plusieurs Commissions.

Le décret n° 2014-19 du 9 janvier 2014 (cf. Annexes) a modifié la composition des CCI, réduisant ainsi le nombre de ses membres de la manière suivante :

2. www.oniam.fr

3. <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/cnam-Commission-nationale-des-accidents-medicaux>

Membres de la CCI	Avant le décret du 9 janvier 2014	Depuis 2014
Directeur de l'ONIAM	1	1
Personnalités qualifiées	4	2
Praticien hospitalier	1	1
Président du conseil d'administration de l'ONIAM	1	0
Représentants des entreprises pratiquant l'assurance	2	1
Représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral	2	1
Représentants des usagers	6	3
Responsable d'établissement public de santé	1	1
Responsables d'établissements de santé privés	2	2
Total	20	12

Les présidents des Commissions sont assistés de collaborateurs juristes et administratifs qui forment le secrétariat de la Commission. Les Commissions n'ayant pas de personnalité juridique, les personnels sont mis à la disposition des Commissions par l'ONIAM. Les moyens permanents des Commissions, notamment les présidents et leur secrétariat, sont regroupés sur les 7 pôles interrégionaux déjà cités. Les réunions des Commissions se tiennent généralement dans les agences régionales de santé (ARS). Les présidents et leurs collaborateurs se déplacent ainsi dans les régions afin de tenir les réunions ; les demandes d'examen de recevabilité des dossiers doivent cependant être envoyées par les victimes aux adresses des pôles interrégionaux.

C. LEURS MISSIONS

Les CCI ont une double mission, concilier et indemniser.

Art. L. 1142-5 al 1 du CSP

« Dans chaque région, une ou plusieurs Commission(s) de conciliation et d'indemnisation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et 1142-2 ».

L'article R. 1142-4-1 issu du décret n° 2012-298 du 2 mars 2012 est venu préciser :

Art. R. 1142-4-1 du CSP

« La Commission définie à l'article L.1142-5a pour ressort une région ou les régions que désigne l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du même article. Cet arrêté précise dans quelle région la Commission a son siège. Toutefois, plusieurs Commissions peuvent être créées dans une même région, par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, pour tenir compte du nombre de demandes d'indemnisation formulées auprès de la Commission régionale existante, du nombre d'habitants de la région ainsi que du nombre de professionnels, établissements, services et organismes mentionnés à l'article L.1142-1. Le ressort de la Commission comprend alors un ou plusieurs départements. L'arrêté précise le ressort et la date d'entrée en fonction des nouvelles Commissions. L'instruction des demandes dont la Commission régionale est saisie à cette date se poursuit devant la nouvelle Commission compétente, pour chaque demande, en vertu du premier alinéa de l'article R.1142-13. Le délai mentionné à l'article L.1142-8 court de la date de saisine de la Commission régionale. »

1° Une mission de conciliation

Les Commissions de conciliation et d'indemnisation se substituent aux anciennes Commissions de conciliation installées dans les établissements de santé.

La CCI en formation de conciliation se distingue des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Instaurées par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 et le décret n° 2005-213 du 2 mars 2005, ces commissions, présentes dans chaque établissement de santé, ont pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades en associant les représentants des usagers. L'ensemble des réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou les proches ainsi que les réponses apportées par les responsables de l'établissement doivent être communiquées à ces commissions, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Elles favorisent le règlement des litiges par le dialogue avec les usagers grâce à la création et à l'intervention de deux médiateurs : le médiateur médecin et le médiateur non-médecin (Articles L.1112-3 et R.1112-19 à R.1112-94 du Code de la santé publique).

La victime peut saisir la Commission d'une demande de conciliation :

- Si elle n'est pas satisfaite de sa prise en charge, et notamment des soins qui lui ont été dispensés, tant d'un point de vue technique que technologique,
- Si elle est en désaccord avec un professionnel de santé ou un établissement de santé, y compris pour une recherche biomédicale (en cas de participation au protocole d'essai d'un nouveau médicament ou traitement),
- Si elle a été victime d'un dommage dont la gravité est inférieure au seuil fixé par l'article D.1142-1 du CSP.

Le décret n° 2012-298 du 2 mars 2012 renforce la mission de conciliation des Commissions, puisque l'article R.1142-19 du CSP dispose que « la Commission réunie en formation de conciliation examine :

1° les contestations relatives aux droits des malades et des usagers du système de santé mettant en cause un professionnel ou un établissement de santé de son ressort ;

2° les demandes relatives aux litiges ou difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, ou réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale effectuée dans son ressort ».

La conciliation permet de rapprocher le point de vue des parties en cas d'échec d'une transaction qui, rappelons-le, demeure le mode privilégié de règlement des litiges. Aux termes de l'article L.1142-5, al 4 du Code de la santé publique, la mission de conciliation peut être déléguée par la Commission à un ou plusieurs médiateurs indépendants qui agissent dans la limite des compétences dévolues, disposent des mêmes prérogatives que les membres de la Commission et sont soumis aux mêmes obligations.

2° Une mission d'indemnisation

Les CCI doivent permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil fixé par le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 (soit notamment 24 % d'AIPP). Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.

Le décret n° 2012-298 est également venu préciser les modalités d'intervention des CCI dans le cadre de recherches biomédicales : l'article L.1142-3 du CSP prévoit que : « Les personnes qui subissent des dommages dans le cadre de la recherche biomédicale peuvent faire valoir leurs droits en application des deux premiers alinéas de l'article L.1121-10 auprès des Commissions régionales mentionnées aux sections 2, 3 et 4 du présent chapitre. Lorsque la responsabilité du promoteur n'est pas engagée, les victimes peuvent être indemnisées par l'office institué à l'article L.1142-22, conformément aux dispositions du II de l'article L.1142-1. Toutefois, l'indemnisation n'est pas dans ce cas subordonnée au caractère de gravité prévu par ces dispositions. »

Le législateur a cependant exclu du champ de compétence des CCI certaines catégories de victimes, telles que les victimes du Benfluorex ou les victimes de transfusions sanguines contaminées par le VIH ou l'hépatite C.

La loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 a donc supprimé la possibilité d'indemnisation par l'ONIAM des victimes d'accidents médicaux survenus à l'occasion d'actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi, tels que les actes de chirurgie esthétique. Par voie de conséquence, il est légitime de s'interroger sur les infections nosocomiales qui seront contractées à l'occasion d'une intervention de chirurgie esthétique et qui, dès lors, seront a priori exclues de toute indemnisation.

L'article 70 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié l'article L. 1142-3-1 du code de la santé publique. Le texte est désormais rédigé en ces termes :

« I. - *Le dispositif de réparation des préjudices subis par les patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1 et aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité contraceptive, abortive, préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi.*
II. - *Toutefois, le recours aux Commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 exerçant dans le cadre de leur mission de conciliation reste ouvert aux patients ayant subi des dommages résultant des actes mentionnés au I du présent article.* ».

II - LA CCI ET VOUS PENDANT LA DUREE DE VOTRE MANDAT

A. VOTRE ACTIVITE DE REPRESENTANT

1° Le secret professionnel

A l'instar des autres membres de la Commission, vous serez soumis au secret et à la confidentialité de l'ensemble des informations, notamment médicales, dont vous aurez eu connaissance lors des réunions. La sanction de cette obligation est prévue à l'article 226-13 du Code pénal qui dispose que : « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

2° La fréquence des réunions de votre Commission

La fréquence des réunions varie selon les Commissions. Elle varie d'une réunion par semaine dans les Commissions très chargées (Ile-de-France), à moins d'une par mois dans certaines autres Commissions. Votre fonction représente une charge de travail importante et nécessite une attitude active et positive. Elle suppose une connaissance du système créé par la loi, des connaissances juridiques spécialisées en responsabilité médicale et hospitalière et des connaissances médico-légales.

Dans cette optique, outre ce guide, il faudra également vous documenter par ailleurs, vous adresser à vos collègues en cas de doute en constituant un réseau d'échanges d'expériences avec vos collègues représentants CCI, titulaires et suppléants.

3° Le règlement intérieur des CCI

L'arrêté relatif au règlement intérieur type d'une CCI, n° SANS0321572 A du 25 avril 2003 est venu préciser les principes d'organisation et les modalités de fonctionnement que les Commissions devaient avoir en commun (cf. Annexes). Au-delà de ce socle commun que constituent ces dispositions réglementaires, on constate cependant que le règlement intérieur et les habitudes de fonctionnement des commissions sont largement dépendants des souhaits et de la personnalité de leur président(e). Dans certaines commissions, le renouvellement des représentants, tous les 3 ans, est l'occasion de discuter à nouveau du contenu du règlement intérieur, voire de le modifier si nécessaire. La manière dont est abordé et respecté le principe du contradictoire au sein des commissions doit être un point nécessitant une vigilance particulière. Il est dès lors conseillé, lors de votre entrée en fonction dans la commission, de demander au président la communication du règlement intérieur de la CCI dans laquelle vous siégez. La rediscussion du règlement intérieur peut être l'occasion d'aborder ce principe fondamental du droit dans le cadre particulier de l'expertise (voir page 14). Les points particuliers qui suivent font également l'objet de débats et de pratiques divergentes.

4° Les incompatibilités

L'arrêté du 25 avril 2003 dispose que les membres de la Commission, ainsi que les médiateurs doivent déclarer au secrétariat, le cas échéant, s'ils ont personnellement un lien direct ou indirect d'ordre familial, professionnel ou financier avec les personnes dont le dossier est examiné ou avec les professionnels de santé, services ou organismes de santé ou producteurs, exploitants ou distributeurs de produits de santé ou pro- moteurs de recherches biomédicales concernés par les dossiers. Ils s'engagent à signaler toute modification concernant ces liens au secrétariat. En séance, le président signale les incompatibilités, et les membres concernés ne peuvent alors participer à la préparation des avis, siéger durant les travaux de la Commission ou réaliser une mission de conciliation relative au dossier examiné. En effet, au nom du conflit d'intérêt, tout représentant concerné est tenu de ne pas prendre position sur les dossiers intéressant sa société.

À partir d'un questionnaire adressé par la COREME aux représentants assureurs dans les CCI, il apparaît que la totalité des Commissions demande toujours à la personne « incompatible » de quitter la salle sans participer ni au débat ni au vote.

Par ailleurs, la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, modifie l'article L.1451-1 du CSP et dispose que les membres d'un certain nombre de Commissions, dont celles visées à l'article L.1142-5 (les CCI) sont tenus, lors de leur prise de fonction, d'établir une déclaration d'intérêts. Cette déclaration doit mentionner « *les liens d'intérêt de toute nature, directs ou par personne interposée, que le déclarant a, ou qu'il a eus pendant les cinq années précédant sa prise de fonctions, avec des entreprises, des établissements ou des organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence de l'autorité sanitaire au sein de laquelle il exerce ses fonctions ou de l'organe consultatif dont il est membre, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs. Elle est rendue publique. Elle est actualisée à l'initiative de l'intéressé.*

Les personnes mentionnées au présent article ne peuvent prendre part aux travaux, aux délibérations et aux votes des instances au sein desquelles elles siègent qu'une fois la déclaration souscrite ou actualisée.

les peines prévues à l'article 432-12 du Code pénal, prendre part ni aux travaux, ni aux délibérations, ni aux votes de ces instances si elles ont un intérêt, direct ou indirect, à l'affaire examinée. Elles sont tenues au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ».

Les sanctions pénales prévues sont relatives à l'infraction de prise illégale d'intérêt et sont des sanctions délictuelles.

5° Le quorum

La Commission ne peut délibérer que si 5 membres au moins (sur 12) sont présents. Dans le cas contraire, une nouvelle séance doit se tenir dans un délai maximum de 15 jours, sans obligation de quorum. Les avis doivent être adoptés à la majorité des membres présents, le président ayant voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Dans la pratique, le président de la Commission vérifie le quorum à chaque réunion, pour certains présidents à chaque vote, ce qui paraît nécessaire, puisque parfois les représentants des hôpitaux, des médecins ou des assureurs doivent quitter la salle.

Vous devrez faire preuve de vigilance pour ce qui est de la vérification du quorum par le président afin qu'il soit réuni pour chaque vote.

6° Le rôle pivot du titulaire pour une nécessaire alternance

Chaque Commission réunit 1 représentant assureur titulaire et 2 suppléants. Afin de maintenir la disponibilité de chacun et que chaque représentant puisse assister régulièrement aux réunions des Commissions, il est recommandé, même si les textes ne l'imposent pas, qu'une alternance soit mise en œuvre entre le titulaire et les suppléants, chacun siégeant à tour de rôle en fonction des emplois du temps respectifs, des dossiers inscrits à l'ordre du jour et des éventuels conflits d'intérêt. Il est possible de penser qu'une modification de l'ordre du jour puisse être sollicitée auprès de la Commission, lorsque le but est d'éviter une chaise vide.

Cette procédure a l'avantage de permettre à tous de participer pleinement aux réunions, et également de partager la charge de travail, certaines CCI se réunissant beaucoup plus souvent que d'autres.

Une coopération et une communication régulières entre le titulaire et ses deux suppléants sont primordiales.

B. LA PROCÉDURE DEVANT LA CCI

1° La prescription

Le délai de prescription de l'action d'une victime est de 10 ans à compter de la consolidation de son dommage. La consolidation est la date à laquelle il est possible de considérer que l'état de santé n'est plus susceptible d'évolution, en aggravation ou en amélioration. En l'absence de consolidation de l'état de santé de la personne avant son décès, le point de départ de la prescription est la date du décès de l'intéressé.

2° La saisine

La CCI peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale, par son représentant légal, ou par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

La demande en vue de l'indemnisation d'un dommage imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ou réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale est présentée à la Commission dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte en cause. Cette Commission demeure compétente même si, au cours de l'instruction de la demande, des actes réalisés dans le ressort d'autres Commissions sont susceptibles d'être également impliqués dans le dommage dont le demandeur sollicite l'indemnisation.

La demande est présentée au moyen d'un formulaire conforme au modèle adopté par le Conseil d'administration de l'ONIAM. La victime envoie par lettre recommandée ou dépose contre récépissé le formulaire, ainsi que les pièces justificatives (production d'un certificat médical attestant la consistance précise des dommages, tout document prouvant que la victime a subi un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ou utilisé un produit de santé susceptible d'avoir provoqué un dommage, un certificat médical décrivant le dommage subi et permettant d'établir le caractère de gravité prévu - sauf si l'acte auquel il impute le dommage a été réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale -, et en cas de décès de la victime, un certificat de décès).

La CCI informe ensuite par lettre recommandée avec AR le professionnel, l'établissement de santé, le centre, l'organisme de santé, mis en cause. Ceux-ci fournissent à la CCI les coordonnées de leur assureur de responsabilité civile. Le demandeur aura précisé au préalable, lors de la saisine de la CCI, les organismes de sécurité sociale auxquels il est affilié pour les divers risques. Il aura également indiqué à la Commission les prestations reçues ou à recevoir des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'il a subi. Il aura enfin informé la CCI des procédures juridictionnelles en cours pour les mêmes faits. La Commission examine la recevabilité de la demande.

La saisine de la CCI suspend les **délais de prescription** et de contentieux (le délai pour obtenir réparation se prescrit depuis la loi du 4 mars 2002 par **10 ans à compter de la date de consolidation**).

3° L'instruction du dossier

- Le rôle du Président de CCI

Aux termes de l'article R.1142-15 du Code de la santé publique : « *Lorsque le président ou un président adjoint considère, soit au vu des pièces justificatives de la demande mentionnées à l'article R. 1142-13, soit au regard des observations du ou des experts auxquels il aura soumis ces pièces en application de l'article R. 1142-14, soit, après l'expertise prévue à l'article R.1142-15-2, que les dommages subis ne présentent manifestement pas le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1, il déclare la Commission incompétente [...]* ».

De prime abord, le Président se prononce sur la recevabilité de la demande. Il s'agit de savoir si le dommage subi se rattache à une activité de soins et est postérieur au 4 septembre 2001.

Ensuite, à lieu l'examen des critères de compétence de la CCI requis par les textes.

- L'examen des critères de compétence

a) Un taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique ou Psychique supérieur à 24 %

Parfois, une première expertise est réalisée uniquement pour s'assurer de la recevabilité du dossier. Un dossier peut donc tout à fait passer une première fois en Commission, une expertise peut être décidée, puis revenir par la suite une seconde fois devant la Commission et faire l'objet d'un rejet car le taux d'incapacité n'est pas atteint.

Un dossier peut donc tout à fait passer une première fois en Commission, une expertise peut être décidée, puis revenir par la suite une seconde fois devant la Commission et faire l'objet d'un rejet car le taux d'incapacité n'est pas atteint.

Le barème de référence est annexé à l'article 2 du décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 ; il est intitulé « *barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales* ». Ce barème reprend les taux proposés par le barème des incapacités en droit commun, édité en 2002 par le Concours médical.

Par ailleurs, il faut signaler que les pratiques sont parfois divergentes au sein des CCI sur ce sujet. En effet, certaines CCI discutent du seuil d'AIPP au stade de la recevabilité du dossier, alors que dans certaines autres commissions, le président estime seul que le taux d'AIPP est atteint, et que la demande est recevable. Ce n'est qu'en cas de doute du président de la Commission qu'une discussion sur cette recevabilité a lieu au sein de la CCI. Il se peut dès lors qu'au cours d'une même séance, certains dossiers fassent l'objet d'un « tri préalable » par la Commission sur leur recevabilité, et d'autres non.

Le texte de l'arrêté du 25 avril 2003 est le suivant (article 13 de l'arrêté) : « *en cas de doute sur la recevabilité du dossier, le président peut soumettre les pièces justificatives annexées à la demande à un expert [...] lorsque la Commission, au vu des observations de l'expert estime que le dossier n'est pas recevable, le président en informe les parties concernées [...]* ».

L'article R.1142-14 modifié par le décret du 2 mars 2012 donne la possibilité au président de la Commission, ou à un président adjoint, afin d'apprécier si les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu, de soumettre pour observation les pièces justificatives demandées lors du dépôt de dossier à un ou plusieurs experts.

b) Un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 % sur une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois

Depuis l'adoption de la nomenclature Dintilhac, la référence à des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel supérieur ou égal à 50 % permet aux personnes n'exerçant pas

d'activité professionnelle de pouvoir bénéficier du dispositif, ce qui n'était pas le cas auparavant.

c) À titre exceptionnel

• L'inaptitude professionnelle

Il s'agit d'un arrêt définitif de l'exercice des activités professionnelles en cours au moment de l'évènement et non pas de l'incapacité à exercer toute profession. Cependant, en pratique, ce deuxième caractère est parfois étendu aux non-travailleurs.

• Les troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence

En attendant que la jurisprudence se prononce sur cet aspect de gravité, on peut légitimement penser qu'il ne s'agit pas du poste de préjudice habituellement accordé aux victimes en droit commun qui correspond à la gêne temporaire présentée par la victime pendant la période précédant la consolidation qu'il y ait ou non un arrêt de travail.

Ces caractères de gravité peuvent présenter une certaine ambivalence dans la mesure où ils déterminent la recevabilité des demandes des victimes devant les CCI, mais sont également la condition d'application de la solidarité nationale. En effet, la loi pose trois conditions à l'application de la solidarité nationale :

- En premier lieu, les préjudices doivent être « *directement imputables à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins* » ;
- puis, ils doivent avoir eu « *pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci* » ;
- enfin, les préjudices doivent présenter un **caractère de gravité** « *apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles, ou de celle du déficit fonctionnel temporaire* ».

Ce caractère de gravité est défini par l'article D.1142-1 CSP.

Article L.1142-1-II du CSP

« Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles, ou de celle du déficit fonctionnel temporaire. Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret ».

Article D.1142-1 du CSP, décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 et décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011 (cf. Annexes)

« Le pourcentage mentionné au dernier alinéa de l'article L. 1142-1 est fixé à 24 %.

Présente également le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1 un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 %. À titre exceptionnel, le caractère de gravité peut être reconnu :

1° 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 ;

2° Ou lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence ».

En fonction des documents fournis par le demandeur, le président de la CCI va se prononcer sur la suite à donner au dossier qui lui est soumis :

- S'il estime que le dommage présente le caractère de gravité requis, une expertise est diligentée,

- S'il estime que les dommages subis ne présentent pas le caractère de gravité requis (sauf concernant les dommages liés aux recherches biomédicales), la CCI se déclare incompétente et en informe par lettre recommandée les parties. Elle précise par ailleurs à la victime qu'elle peut saisir la CCI en formation de conciliation.

C. L'EXPERTISE (ARTICLES L.1142-9 ET L.1142-12 DU CSP)

Avant d'émettre un avis, le président ou le vice-président diligente une expertise. En application de l'article L.1142-12 du CSP, **cette expertise est collégiale.**

Les experts sont choisis en principe sur une **liste nationale d'experts en accidents médicaux** (lorsque la nature du préjudice le justifie, un des membres du collège peut être un spécialiste choisi sur une liste d'experts près la Cour d'appel, mais aussi à titre exceptionnel, un expert peut être choisi en dehors de ces listes). Le président ou le vice-président peut toutefois, lorsqu'il l'estime suffisant, désigner **un seul expert** choisi sur la même liste.

Notons qu'en pratique les présidents des CCI utilisent très souvent des experts judiciaires de leur région et non des experts CNAmed. A ce sujet, il convient de signaler que le Défenseur des droits a formulé un certain nombre de recommandations pour l'amélioration du dispositif d'indemnisation amiable des accidents médicaux, dont la n° 10 qui préconise de privilégier la désignation par les CCI d'experts inscrits sur la liste des experts en accidents médicaux (Décision du Défenseur des droits MSP-2014-093 du 30 juillet 2014).

La CCI peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical. Elle peut également demander au Président du Tribunal de grande instance ou à son délégué d'autoriser un ou plusieurs des experts figurant sur la liste nationale des experts médicaux à pratiquer une autopsie ayant pour but de rechercher les causes du décès.

La CCI s'assure de leur **indépendance** vis-à-vis des parties.

Dès la saisine de l'expert, la CCI doit informer sans délai l'ONIAM de cette mission.

Le collège d'experts (ou l'expert) s'assure du **caractère contradictoire des opérations d'expertise** :

- par la convocation des parties aux opérations d'expertise, celles-ci pouvant se faire assister *d'une ou plusieurs personnes de leur choix*,
- par la communication à chacune des parties des demandes de documents formulées par la CCI et de tous les documents communiqués à celle-ci,
- par la *prise en considération des observations des parties* dans le rapport et l'obligation d'y joindre tout document y afférent, à la demande des parties.

S'agissant du respect du principe du contradictoire, il est utile d'attirer l'attention (et la discussion du règlement intérieur peut en être l'occasion) sur la communication des pièces à l'assureur du mis en cause par la Commission. En effet, le professionnel de santé ou l'établissement ne transmet pas de manière systématique les documents, et dès lors, si dans les textes le principe du respect du contradictoire se trouve respecté, dans les faits ce manque de communication compromet la mise en place d'une défense efficace.

Dans le cadre de leur mission, les experts peuvent « **effectuer toute investigation et demander aux tiers ou aux parties tout document sans que puisse leur être opposé le secret médical ou professionnel par un professionnel ou établissement de santé, service ou organisme visés par la loi** ». Cependant, comme tout médecin, ils restent tenus au secret professionnel.

Le collège d'experts (ou l'expert) peut demander l'avis d'un **autre professionnel**.

Ils peuvent être autorisés, toujours dans le cadre de leur mission, à procéder à une autopsie pour rechercher les causes du décès (sur demande de la CCI au Président du TGI). L'**évaluation du dommage** est faite selon une mission précise de la CNAMed.

Lorsqu'une lésion n'est pas chiffrée dans le barème, le collège ou l'expert informera la CCI des références à l'aide desquelles il procède à cette évaluation. La CCI doit alors en informer la Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAMed) ainsi que les parties et, le cas échéant, leurs assureurs (décret du 4 avril 2003). C'est alors la CCI qui fixera le taux. Le coût de la mission d'expertise est pris en charge par l'ONIAM (sous réserve de remboursement par l'assureur du responsable éventuellement). Le délai au terme duquel le rapport doit être rendu est fixé par la CCI (il ne devrait pas être supérieur à 6 mois puisque c'est le délai imparti par la loi à la CCI pour rendre son avis après sa saisine).

Article L. 1142-9 du CSP

« *Avant d'émettre l'avis prévu à l'article L.1142-8, la Commission régionale diligente une expertise dans les conditions prévues à l'article L.1142-12. La Commission régionale peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical. Elle peut demander au président du tribunal de grande instance ou à son délégué d'autoriser un ou plusieurs des experts mentionnés à l'article L.1142-12 à procéder à une autopsie ayant pour but de rechercher les causes du décès.*

Chaque partie concernée reçoit copie des demandes de documents formulées par la Commission régionale et de tous les documents communiqués à cette dernière.

Le rapport d'expertise est joint à l'avis transmis dans les conditions prévues à l'article L.1142-8. »

Article L. 1142-12 du CSP

« *La Commission régionale désigne aux fins d'expertise un collège d'experts choisis sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, en s'assurant que ces experts remplissent toutes les conditions propres à garantir leur indépendance vis-à-vis des parties en présence. Elle peut toutefois, lorsqu'elle l'estime suffisant, désigner un seul expert choisi sur la même liste.*

À défaut d'expert inscrit sur la liste des experts en accidents médicaux compétent dans le domaine correspondant à la nature du préjudice, elle peut en outre nommer en qualité de membre du collège d'experts un expert figurant sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée ou, à titre exceptionnel, un expert choisi en dehors de ces listes.

La Commission régionale fixe la mission du collège d'experts ou de l'expert, s'assure de leur acceptation et détermine le délai dans lequel le rapport doit être déposé. Lorsque l'expertise est collégiale, le rapport est établi conjointement par les membres du collège d'experts.

Elle informe sans délai l'Office national d'indemnisation institué à l'article L.1142-22 de cette mission. Dans le cadre de sa mission, 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'établissements, de services de santé ou d'autres organismes visés à l'article L.1142-1.

Les experts qui ont à connaître ces documents sont tenus au secret professionnel, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal. En cas de carence des parties dans la transmission des documents demandés, la Commission régionale peut autoriser le collège d'experts ou l'expert à déposer son rapport en l'état. La Commission peut tirer toute conséquence du défaut de communication des documents.

Le collège d'experts ou l'expert s'assure du caractère contradictoire des opérations d'expertise, qui se déroulent en présence des parties ou celles-ci dûment appelées. Ces dernières peuvent se faire assister d'une ou des personnes de leur choix. Le collège d'experts ou l'expert prend en considération les observations des parties et joint, sur leur demande, à son rapport tous documents y afférents. Il peut prendre l'initiative de recueillir l'avis d'un autre professionnel.

L'Office national d'indemnisation prend en charge le coût des missions d'expertise, sous réserve du remboursement prévu aux articles L.1142-14 et L.1142-15. »

D. L'AVIS DE LA CCI

La Commission peut rendre plusieurs types d'avis :

- un avis d'irrecevabilité (si le dommage ne se rattache pas à une activité de soins ou est antérieur au 5 septembre 2001)

- un avis d'incompétence (si les seuils requis ne sont pas atteints)
- ou un avis au fond, de rejet ou d'indemnisation.

À réception du rapport d'expertise, et dès lors que la CCI estime que le critère de gravité est atteint, elle avise les parties concernées et l'assureur de la date à laquelle elle se réunit pour rendre son avis.

Le **rapport** d'expertise est **transmis** à chaque membre titulaire de la CCI avant la réunion. À leur demande, **elle informe les parties** à tout moment de l'état de la procédure. La CCI peut obtenir communication de tout document y compris d'ordre médical. Chaque partie concernée reçoit copie des demandes de documents formulées par la CCI et de tous les documents communiqués à cette dernière.

Les **parties peuvent être entendues** à leur demande ou à celle de la Commission. Elles peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix, notamment par un avocat. Les conclusions de l'expertise ne lient pas la Commission. En effet, il se peut que la Commission modifie de sa propre autorité le taux d'AIPP retenu par l'expert ou modifie l'évaluation des souffrances endurées.

La CCI rend un avis sur :

- Les circonstances,
- les causes,
- la nature,
- et le régime d'indemnisation applicable.

Cet avis doit préciser **chaque poste de préjudice**, et être rendu dans un délai de 6 mois à compter de sa saisine. L'avis est adressé par LR avec AR à toutes les parties concernées.

L'avis, le rapport d'expertise et tous les documents communiqués par le demandeur sont ensuite transmis, dans le respect du secret médical, à celui qui est chargé de faire une offre (assureur(s) et/ou ONIAM).

LES DIFFERENTES POSSIBILITES D'INDEMNISATION

Causes	Payeurs
Faute	Assureur
Aléa	ONIAM
Faute(s) + Aléa	Assureur(s)+ ONIAM
Faute(s) + Infection nosocomiale < 25 %	Assureur(s) responsable(s) + Assureur de l'établissement à l'origine de l'infection nosocomiale
Faute(s) + Infection nosocomiale > 25 %	Assureurs + ONIAM

La CCI peut laisser une part du dommage à la charge du patient au titre de son état antérieur ou de l'évolution de sa pathologie initiale.

• Sa portée

Après quelques hésitations, il est désormais acquis que les avis des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation ne sont pas susceptibles de recours. Tel est l'avis rendu par le Conseil d'Etat le 10 octobre 2007. La haute juridiction estime que les avis CCI ne lient pas l'ONIAM, et que non seulement la déclaration mais aussi l'avis au fond ne sont pas des actes faisant grief :

« Comme l'avis au fond sur la demande d'indemnisation, la déclaration par laquelle une Commission s'estime incompétente pour connaître de la demande ou estime celle-ci irrecevable [...], ne fait pas grief et n'est pas susceptible d'être contestée devant le juge de l'excès de pouvoir dès lors que la victime conserve la faculté de saisir, si elle s'y croit fondée, le juge compétent d'une action en indemnisation [...] » (CE avis, 10 octobre 2007, n° 306590). S'agissant des juridictions civiles, la première chambre civile de la Cour de cassation, dans un arrêt rendu le 6 mai 2010 (n° 09-66947), a adopté une position identique à celle du Conseil d'Etat, énonçant que *« les CRCI étant des Commissions administratives dont la mission est de faciliter, par des mesures préparatoires, un éventuel règlement amiable des litiges relatifs à des accidents médicaux, des affections iatrogènes ou des infections nosocomiales, une cour d'appel peut retenir que l'ONIAM n'était pas lié par l'avis émis par la CRCI »*.

• Sa confidentialité

Il est important de rappeler que l'avis rendu est **strictement confidentiel**, la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA), interrogée sur son caractère communicable, en particulier à des universitaires travaillant dans le domaine du

droit de la santé, a fait part de sa position lors de sa séance du 1er avril 2004, distinguant le cas des avis émis de celui des décisions prises par l'ONIAM et rendues sous forme de protocoles transactionnels.

S'agissant des avis, elle a indiqué que ces derniers *« comportent un grand nombre de mentions personnelles et médicales relatives à la victime et protégées par le secret de la vie privée, ainsi que des éléments traduisant le comportement des professionnels de santé, la divulgation de ce comportement étant susceptible de leur porter préjudice »*. De surcroît, *« l'occultation de ces éléments ne permettait pas de garantir la non-identification des personnes visées »*. Aussi, elle a proposé de *« restreindre la communication des avis aux seules personnes concernées, et d'en interdire la communication à tout tiers qui en ferait la demande »*.

En revanche, concernant les offres de protocoles transactionnels, la Commission a estimé que les éléments protégés par le secret de la vie privée étaient faciles à occulter, et que, dès lors, ces protocoles pouvaient être communiqués tout en garantissant l'anonymat des personnes concernées.

Une exception est faite concernant la communication des avis à la CNAMed ; en effet, l'article R.1142-41-1 du CSP (issu du décret n° 2012-298 du 2 mars 2012) autorise désormais la CNAMed à obtenir des Commissions des données nominatives et relatives à des données de santé présentes dans les missions d'expertises, les avis et les rapports d'expertise. Cette communication doit cependant suivre une procédure particulière puisque ces informations sont couvertes par le secret médical.

Art. R. 1142-41-1

« La communication à la Commission nationale des accidents médicaux, en application de l'article L.1142-10, d'informations couvertes par le secret médical fait l'objet d'une demande écrite et motivée de son président ou de son vice-président dans laquelle il désigne, parmi les médecins ou, le cas échéant, les chirurgiens-dentistes, le ou les membres auxquels ces informations sont rendues accessibles et, lorsque la demande concerne l'accès prévu au sixième alinéa du présent article, la durée pour laquelle ce dernier doit être ouvert. Cette communication concerne, notamment, les informations détenues par l'office mentionné à l'article L.1142-22 concernant les activités des Commissions mentionnées à l'article L.1142-5 et nécessaires à la Commission nationale pour l'exercice de ses missions, comme les missions d'expertise, les avis rendus et les rapports d'expertise sur lesquels ils sont fondés.

Les informations sont transmises ou rendues accessibles par des moyens permettant d'en garantir la confidentialité à l'égard des tiers [...] Le formulaire prévu à l'article R.1142-13 comporte une mention précisant au demandeur que les informations qu'il transmet à la Commission qu'il a saisie peuvent être communiquées à la Commission nationale pour l'accomplissement de ses missions [...] ».

Art. R.1142-41-2

« Les informations communiquées en application de l'article R.1142-41-1 sont utilisées et conservées dans des conditions de lieu ou de support préservant leur confidentialité, sous la responsabilité de la Commission nationale. Seuls peuvent y accéder les membres médecins ou, le cas échéant, chirurgiens-dentistes de la Commission, dans des conditions arrêtées par le président, après avis de la Commission.

Ces membres ne peuvent en aucun cas utiliser ces informations à d'autres finalités que celles ayant justifié leur collecte et leur conservation. Après écoulement du délai nécessaire pour atteindre ces finalités, qui ne peut excéder un an, les informations en cause, au choix de la personne ou de l'organisme qui les a transmises, lui sont restituées dans des conditions identiques à celles prévues pour leur transmission à la Commission nationale ou sont détruites. »

III- LA FIN DE VOTRE MANDAT DE REPRÉSENTATION

Les fonctions de représentation sont règlementées par les articles R.1142-5 et suivants du Code de la santé publique. L'article R.1142-5 dispose, dans son 5^e alinéa, que chaque Commission comprend, outre son président, notamment « un représentant des entreprises pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale prévue à l'article L.1142-2 [...] ». Sont nommés dans les mêmes conditions que le titulaire deux membres suppléants. En cas d'empêchement du titulaire, seul un des deux suppléants assiste à la séance de la Commission ».

En cas de décès, de démission, de cessation de fonctions pour toute autre cause, d'un membre titulaire de la Commission, il est remplacé par l'un de ses suppléants qui devient titulaire pour la durée du mandat restant à accomplir. Le président peut proposer, après avoir dûment entendu l'intéressé, qu'il soit procédé dans les mêmes conditions au remplacement d'un membre titulaire ayant été absent à plus de trois séances consécutives auxquelles il ne s'est pas fait suppléer. Un nouveau suppléant est alors nommé dans les conditions prévues à l'article R.1142-5 du CSP. En pratique, l'AREDOC a actuellement en charge, la gestion des listes des représentants assureurs au sein des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation. C'est pourquoi, afin que les listes puissent être régulièrement mises à jour, lorsque vous souhaitez cesser vos fonctions de représentation au sein d'une CCI, nous vous demandons de bien vouloir nous informer de votre démission en nous faisant parvenir la copie de la lettre recommandée que vous adressez à votre président de Commission.

Afin que les remplacements soient le plus rapidement effectués et que les postes de titulaires et de suppléants ne demeurent pas vacants, l'AREDOC relaye l'information de votre départ à France Assureurs, qui sollicite la société à laquelle il revient de désigner un nouveau membre. Ce nouveau membre occupe la fonction de suppléant jusqu'au renouvellement des postes, ou à la démission en cours de mandat du nouveau titulaire.

Les situations seront étudiées au cas par cas dans le but de maintenir l'équilibre créé par France Assureurs lors de la répartition des postes de représentants entre les différentes compagnies adhérentes.

CHAPITRE II

LE POINT SUR CERTAINS PROBLÈMES JURIDIQUES ET/OU TECHNIQUES

I - LA PART IMPUTABLE À L'ACTE MÉDICAL ET LA PRISE EN COMPTE DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR⁴

Qu'il s'agisse de séquelles résultant d'un traumatisme ou survenant à la suite d'un accident médical, fautif ou non fautif, l'étude de l'état antérieur et des antécédents revêt un caractère particulier, en ce qu'il peut modifier l'évolution habituelle et reconnaître des lésions initiales.

Dans son rapport 2007, la CNAMed y consacre un chapitre.

Elle précise que, dans le vécu pathologique de la victime : « *Les antécédents médicaux recouvrent l'ensemble de la pathologie médicale ou traumatique ayant atteint le sujet avant l'accident, que cette pathologie soit guérie, qu'elle soit encore évolutive, ou laisse persister des séquelles. Ces antécédents doivent figurer dans le rapport d'expertise uniquement s'ils ont une influence sur le dommage corporel consécutif à l'accident, ou s'ils ont été modifiés par celui-ci* ».

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- le traumatisme a décompensé ou déclenché un état antérieur latent qui n'avait jamais été identifié, de sorte que le sujet menait une existence parfaitement normale,
- l'état antérieur comportait, indépendamment du traumatisme, un processus évolutif qui a pu être accéléré,
- l'état antérieur est lui-même à l'origine de la complication de l'état du patient, ce qui est fréquemment le cas en matière d'accident médical.

Le rapport de la CNAMed 2007 conclut sur le sujet en constatant l'existence de partages de préjudices dans le cadre des accidents médicaux, entre les conséquences de l'accident médical, et l'évolution inéluctable de l'état antérieur du patient, pourtant déjà bien connu au moment des faits.

Cependant et en tout état de cause, le rapport rappelle que les juges ne sont pas liés par les conclusions de l'expertise, qui ne constitue qu'un avis technique.

La présence d'un état antérieur peut donc, soit entraîner une limitation de responsabilité, s'il est démontré que les prédispositions ont joué un rôle en matière de causalité, soit une réduction d'indemnités. Dans ce cas, le défendeur plaide que le préjudice de la victime a été plus important qu'il aurait dû l'être, en raison de ses prédispositions. Le défendeur devrait alors, en suivant cette logique, ne devoir réparer que le préjudice, diminué de la part qui est rattachée à ces prédispositions.

L'état antérieur ne doit pas être pris en compte pour conclure à l'incompétence de la CCI. L'appréciation de la gravité se fait en tenant compte de l'état de santé global de la victime au moment de la demande. Seul le montant de l'indemnisation peut être réduit en se fondant sur l'état antérieur.

II - LE CAS DE LA VICTIME NON CONSOLIDÉE

La victime peut se présenter une première fois devant la Commission alors que son état n'est pas encore consolidé ; la Commission invite alors la victime à se représenter lorsque son état sera consolidé, ou elle émet un avis sur le préjudice minimum subi par la victime. Lors du second passage devant la Commission, il est possible que, finalement, après consolidation, la victime ne réunisse plus aucun caractère de gravité et que sa demande ne puisse aboutir.

III - LE DOMMAGE ANORMAL⁵

Aux termes de l'article L.1142-1-II du Code de la santé publique, l'accident médical ouvre droit à réparation des préjudices lorsqu'« *ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci* ». Le législateur de 2002 a voulu, par cette disposition, pallier le risque de voir la mise en œuvre systématique de la solidarité nationale dès que le dommage atteignait le degré de gravité requis par la loi.

4. L'état antérieur... au présent : Actualité sur les aspects médico-juridiques en responsabilité médicale (2016), COREME, cette publication est téléchargeable sur le site de l'AREDOC (www.aredoc.com).

5. Pour aller plus loin, voir : Faute, aléa thérapeutique, perte de chance : état des lieux 18 ans après la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002, septembre 2020, cette publication est téléchargeable sur le site de l'AREDOC (www.aredoc.com)

Néanmoins, en distinguant le caractère de gravité de celui d'anormalité, l'appréciation de ce critère par le juge s'est avérée complexe. En effet, en l'absence de définition précise, le critère d'anormalité a donné lieu à une jurisprudence fluctuante.

Toutefois, par deux arrêts rendus le 12 décembre 2014, (n° 355052 et 365211), le Conseil d'État est venu en clarifier les conditions d'appréciation en mettant en exergue deux critères d'identification. Selon le Professeur Mireille Bacache, il s'agit d'un double critère hiérarchisé, le premier critère primant sur le deuxième.

Le considérant suivant est repris dans les deux arrêts : « *Considérant que, lorsque les conséquences de l'acte médical ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, elles ne peuvent être regardées comme anormales sauf si, dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible ; qu'ainsi, elles ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l'état du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage* ».

Le premier critère résulte de la comparaison entre l'état actuel du patient et celui qui aurait été le sien en l'absence d'intervention ; le second critère, quant à lui, est celui de la fréquence statistique.

1) *La disproportion entre l'état actuel et l'évolution prévisible de l'état antérieur*

CE, 12 décembre 2014, n° 355052

À l'occasion d'une intervention chirurgicale destinée à réduire une hernie discale cervicale, un patient a présenté une tétraparésie provoquée par une compression médullaire. Le pourvoi qui contestait l'anormalité du dommage est rejeté au double motif que cette condition « *doit toujours être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement* ».

2) *L'appréciation de la fréquence du risque*

CE, 12 décembre 2014, n° 365211

Un second arrêt rendu le 12 décembre 2014 par le Conseil d'État a écarté l'anormalité en relevant que « *les conséquences de l'intubation n'étaient pas plus graves que celles auxquelles la patiente était exposée par sa pathologie. Si le risque de sténose laryngée inhérent à cet acte médical revêtait, en principe, un caractère exceptionnel, il en était allé autrement dans les circonstances de l'espèce, compte tenu notamment du fait qu'il avait dû être pratiqué en urgence* » de sorte « *qu'elle ne pouvait être regardée comme résultant en l'espèce de la réalisation d'un risque présentant une probabilité faible* ».

Un second critère, accessoire au premier, est donc celui de la fréquence statistique du risque. Si le premier critère n'est pas vérifié, l'anormalité peut néanmoins être retenue en fonction de la fréquence du risque. Selon le Professeur Christophe Radé, il s'agit d'un critère « de rattrapage ».

Soit le risque est fréquent, et dans ce cas le dommage n'est pas anormal, soit le risque est peu fréquent et dans ce cas le dommage est anormal.

Le Conseil d'État a eu l'occasion de réaffirmer ces critères dans deux arrêts rendus en avril 2015. Par un arrêt du 15 avril 2015, le Conseil d'État reprend l'attendu de principe précité. Dans un arrêt du 29 avril 2015, il retenait que la condition d'anormalité du dommage était remplie lorsque l'acte médical avait entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient a été exposé, sauf, a ajouté le Conseil d'État, si « *dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible* ».

Le Conseil d'État a précisé cette jurisprudence dans un arrêt du 22 mars 2017 : les conséquences de l'acte ne peuvent pas être regardées comme anormales au regard de l'état du patient, lorsque la gravité de cet état a conduit le praticien à effectuer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage. La Cour de cassation a elle aussi précisé les conditions d'intervention de l'ONIAM. Elle l'a fait dans un arrêt du 15 juin 2016, dans lequel elle s'est montrée restrictive quant aux conditions de prise en charge par la solidarité nationale. Le patient était atteint de troubles au niveau du bras gauche. Des lésions anatomiques au niveau des trois vertèbres avaient été diagnostiquées nécessitant une intervention chirurgicale. A la suite de cette intervention, le patient ne pouvait plus se servir de son bras gauche.

Pour les juges du fond, qui ont été approuvés par la Cour de cassation, la paralysie du bras de la victime n'était pas anormale au regard de son état de santé et l'ONIAM n'avait pas à prendre en charge le dommage. Selon la Cour de cassation, *« la condition d'anormalité du dommage doit être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient a été exposé par sa pathologie de manière suffisamment probable en l'absence de traitement »*. La Cour de cassation poursuit : *« Dans le cas contraire, les conséquences de l'acte médical ne peuvent être considérées comme anormales sauf, si dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible »*.

Elle en conclut que *« les conséquences de l'acte ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l'état de santé du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage »*.

C'est donc de façon très restrictive que, tant le Conseil d'État que la Cour de cassation, ont défini cette notion de dommage anormal.

IV - LA PLURALITÉ DES CAUSES POSSIBLES

L'article L.1142-18 du Code de la santé publique (CSP) précise que le dommage peut résulter de plusieurs causes différentes. L'imputabilité et l'indemnisation s'en trouvent dès lors partagées entre plusieurs auteurs. Ainsi, un avis peut retenir, dans des proportions différentes, que le dommage est imputable à la fois à une faute d'un ou plusieurs intervenants, et à un accident médical non fautif. L'indemnisation sera à répartir entre l'assureur du ou des responsables et l'ONIAM. Les proportions sont variables selon l'affaire concernée.

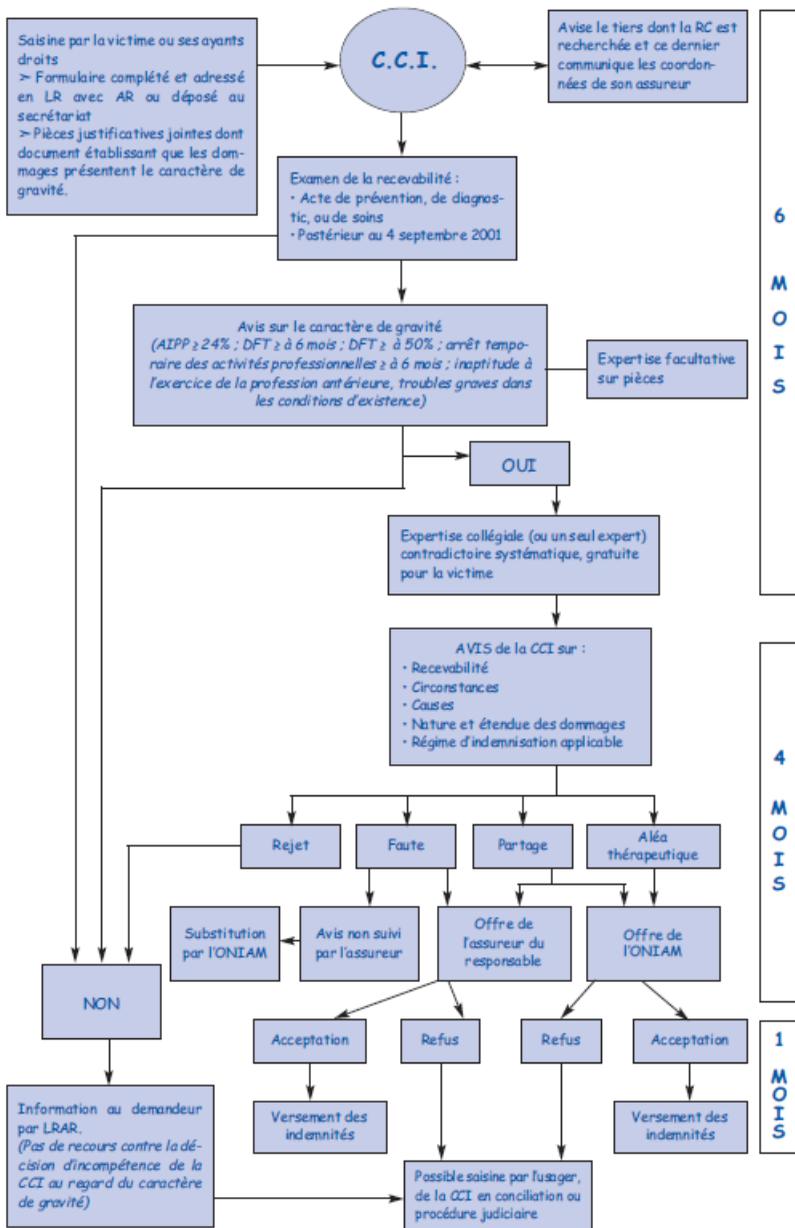
Les responsabilités pouvant être différentes, il est important de bien vérifier que toutes les parties susceptibles d'être impliquées ont bien été mises en cause. (cf. tableau p. 29)

Article L. 1142-18 du CSP

« Lorsque la Commission estime qu'un accident médical n'est que pour partie la conséquence d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins engageant la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé, elle détermine la part de préjudice imputable à la responsabilité et celle relevant d'une indemnisation au titre de l'office ».

ASPECTS PARTICULIERS

PROCÉDURE DE RÈGLEMENT AMIABLE DEVANT LES CCI



RÈGLEMENT AMIABLE DEVANT LES CCI

LES MEMBRES DE MA COMMISSION

Membres	Coordonnées
Le Président	
Le directeur de l'ONIAM ou son représentant	
1 praticien hospitalier	
1 représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral	
1 responsable d'établissement public de santé et 2 responsables d'établissements de santé privés	
3 représentants des usagers	
2 personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels	
1 représentant des entreprises pratiquant l'assurance	
Titulaire	
Suppléant A	
Suppléant B	

Pour toute question relative aux CCI,
vous pouvez contacter le correspondant COREME à l'AREDOC

Elodie Zerbib
elodie.zerbib@aredoc.com
Tél. 01 53 21 50 66

En cas d'absence, contacter :
Sarah Boussa
sarah.boussa@aredoc.com
Tél. 01 53 21 50 46

LISTE DES REPRÉSENTANTS COREME

Sandrine ALMONACIL, *MAIF*

Patrick FLAVIN, *RELYENS* (Président)

Wided LAHMAR, *ALLIANZ*

Anne-Marie PAPEIX, *France Assureurs*

Emmanuel POIRIER, *MACSF*

Frédérique POTTIER, *MMA*

Stéphane THELLIEZ, *MATMUT*

Claire TINTURIER, *LA MEDICALE*

Delphine TOUATI, *AXA*



Les réunions des Commissions se tiennent, soit dans les locaux des CCI, soit dans des locaux mis à disposition par les Agences régionales de Santé (ARS). Ce sont donc les présidents et leurs collaborateurs qui se déplacent dans les régions afin de tenir les réunions. Les dossiers doivent cependant être envoyés aux adresses des pôles inter régionaux :

MONTREUIL (Seine-Saint-Denis) pour les régions Ile-de-France, Centre, Pays de la Loire, Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, La Réunion, Tour Altaïs - 1, Place Aimé Césaire - CS 80011 - 93102 Montreuil Cedex Tél : 01.49.93.89.20 - Fax : 01.49.93.89.30 - Mail : idf@commissions-crci.fr

LYON pour les régions Bourgogne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Auvergne, Corse, 235 Cours Lafayette - 69451 LYON Cedex 6 Tél : 04.72.84.04.50 - Fax : 04.72.84.04.59 - Mail : rh-alp@commissions-crci.fr

BORDEAUX pour les régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin, Poitou-Charentes, 50, rue Nicot - 33000 BORDEAUX - Tél : 05.57.59.28.50 - Fax : 05.57.59.28.51 - Mail : aquitaine@commissions-crci.fr

NANCY pour les régions Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Guadeloupe, Martinique, Guyane, 3, rue de Turique - BP 40340 - 54006 NANCY Cedex - Tél : 03.83.57.46.00 - Fax : 03.83.57.46.09 - Mail : ch-ard@commissions-crci.fr

ANNEXES

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Arrêté du 25 avril 2003 relatif au règlement intérieur type de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

NOR : SANS0321572A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 790-46 ;

Vu le code pénal, notamment ses articles 226-13 et 226-14 ;

Vu le décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application du chapitre II du titre II de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives ;

Vu le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales,

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le règlement intérieur type de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales figure en annexe au présent arrêté.

Art. 2. - Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 25 avril 2003.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

D. LIBAULT

ANNEXE

I. - Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement de la commission, notamment la répartition des tâches confiées aux membres de la commission, au président, aux présidents adjoints, le cas échéant, et à son secrétariat dans la procédure d'instruction des dossiers soumis à la commission siégeant soit en formation de règlement amiable, soit en formation de conciliation.

II. - Dispositions communes

Article 1^{er}

Principes d'organisation de la commission

La commission se réunit soit en formation de règlement amiable, soit en formation de conciliation.

Quelle que soit la formation, la commission est réunie aussi souvent que nécessaire à l'initiative du président, notamment pour traiter des décisions relatives à son propre fonctionnement.

Un calendrier prévisionnel proposé par le président est adopté chaque année par la commission.

Le président peut soit rapporter lui-même les dossiers soumis à la commission, soit désigner des rapporteurs parmi les membres de la commission ou, en tant que de besoin, parmi des fonctionnaires ou agents publics compétents. Ces rapporteurs établissent une synthèse des dossiers et formulent des propositions. Ils adressent leur rapport au président dans les délais qui leur sont impartis.

Le président peut recevoir délégation de la commission pour accomplir au nom de celle-ci les actes nécessaires à son bon fonctionnement et précisés aux titres III et IV du présent règlement. Le président rend compte de ses actes et décisions auprès des membres de la commission au début de chaque séance.

Le secrétariat de la commission, assuré par le personnel mis à disposition par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, est placé sous l'autorité du président. Ce personnel est également soumis au règlement intérieur de l'office et le président de la commission est chargé d'en assurer l'application.

Article 2

Convocation des membres

Le président convoque les membres de la commission au plus tard dix jours avant la séance en leur adressant un ordre du jour qui comporte une analyse sommaire des dossiers à examiner. Il joint à sa convocation un relevé des décisions adoptées lors de la séance précédente.

Article 3

Conditions de quorum

La commission ne peut délibérer que si sept au moins de ses membres sont présents. Dans le cas contraire, une nouvelle séance se tient sans obligation de quorum, dans un délai maximum de quinze jours.

En cas d'indisponibilité du président, celui-ci est remplacé par un président adjoint lorsque celui-ci est désigné.

Article 4

Conditions de majorité

Les avis de la commission sont adoptés à la majorité des membres présents.

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Article 5

Feuilles de présence et relevés de décision

Une feuille de présence est signée par les membres de la commission participant à la séance.

Les délibérations de la commission sont constatées dans des relevés de décision signés par le président et adressés aux membres de la commission avec la convocation à la prochaine séance.

Article 6

Secret professionnel

Les membres de la commission et toute personne qui ont à connaître des documents et informations détenus par la commission sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Article 7

Incompatibilités

Les membres de la commission, ainsi que les médiateurs, doivent déclarer au secrétariat, le cas échéant, s'ils ont personnellement un lien direct ou indirect d'ordre familial, professionnel ou financier avec les personnes dont le dossier est examiné ou avec les professionnels de santé, établissements de santé, services ou organismes de santé ou producteurs, exploitants ou distributeurs de produits de santé concernés par les dossiers. Ils s'engagent à signaler toute modification concernant ces liens au secrétariat.

En séance, le président signale les incompatibilités et les membres concernés ne peuvent alors participer à la préparation des avis, siéger durant les travaux de la commission ou réaliser une mission de conciliation relative au dossier examiné.

III. - Procédure d'instruction des dossiers soumis à la commission siégeant en formation de règlement amiable

Article 8

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée à compter du 5 septembre 2001 ou ses ayants droit si la personne est décédée ou, le cas échéant, son représentant légal, peut saisir la commission régionale dans le ressort de laquelle a été

effectué l'acte médical en cause en vue d'une demande d'indemnisation, même si le dommage fait l'objet d'une instance en cours, à moins qu'une décision de justice irrévocable n'ait été prononcée.

Article 9

La demande est présentée au moyen d'un formulaire commun à l'ensemble des commissions et adressée au président par lettre recommandée avec accusé de réception.

La demande doit être accompagnée des pièces justificatives obligatoires fixées par l'arrêté du 4 mars 2003 relatif aux pièces à joindre à une demande d'indemnisation présentée à une commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, dont la liste est reproduite dans le formulaire précité ainsi que tout autre document de nature à l'appuyer.

Le demandeur informe la commission des procédures judiciaires relatives aux mêmes faits éventuellement en cours.

La demande peut, le cas échéant, être déposée au secrétariat de la commission contre récépissé.

Article 10

Le président accuse réception du dossier, enregistre la demande et réclame les éventuelles pièces manquantes en fixant un délai impératif pour leur réception.

Conformément aux dispositions du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives, le délai de six mois fixé à la commission pour rendre son avis ne court qu'à compter de la réception de la dernière des pièces requises.

La saisine régulière de la commission suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure suivie devant la commission.

Article 11

Dès la saisine régulière de la commission, le président en informe par lettre recommandée avec accusé de réception la partie mise en cause par le demandeur qui doit indiquer sans délai à la commission le nom de l'assureur qui garantit sa responsabilité civile au moment de la demande d'indemnisation ainsi qu'à l'époque des faits incriminés.

Article 12

En cas d'irrecevabilité manifeste, le président soumet la demande à la commission et notifie l'avis rendu au demandeur.

Article 13

En cas de doute sur la recevabilité du dossier, le président peut soumettre pour observations les pièces justificatives annexées à la demande à un expert dont l'identité et les titres sont communiqués aux parties concernées.

Lorsque la commission, au vu des observations de l'expert, estime que le dossier n'est pas recevable, le président en informe les parties concernées par lettre recommandée avec accusé de réception et indique au demandeur la possibilité de saisir la commission en vue d'une conciliation.

Article 14

Lorsque le dossier est jugé recevable, le président désigne aux fins d'expertise soit un collège d'experts, soit, s'il l'estime suffisant, un seul expert. Il fixe la mission du ou des experts sur la base d'une mission type approuvée par la commission, s'assure de leur acceptation et détermine le délai impératif dans lequel le rapport doit être déposé.

Article 15

Le président informe sans délai les parties concernées, y compris l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, des coordonnées des experts ainsi que de la mission qui leur a été confiée.

Article 16

Le président peut obtenir la communication de tout document, y compris d'ordre médical, et demander au président du tribunal de grande instance ou à son délégué d'autoriser un ou plusieurs experts désignés à procéder à une autopsie ayant pour but de rechercher les causes du décès.

Chaque partie concernée reçoit une copie des demandes de documents formulées par le président et de tous les documents communiqués à ce dernier.

Article 17

Dans le cadre de sa mission, le ou les experts peuvent 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.

En cas de carence des parties dans la transmission des documents demandés, le ou les experts en informent le président qui peut les autoriser à déposer le rapport en l'état, la commission pouvant tirer toute conséquence du défaut de communication des documents.

Article 18

A l'issue de la procédure d'expertise, le président transmet, au plus tard dix jours avant la séance et par lettre recommandée avec accusé de réception, une copie du rapport d'expertise au demandeur, aux parties mises en cause, à leurs assureurs respectifs et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et les informe de la date à laquelle la commission se réunit.

Les parties sont entendues sur leur demande expresse ou à la demande de la commission et peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix. Les conditions dans lesquelles la demande doit être présentée et l'audition se déroulent sont fixées par la commission.

Article 19

La commission délibère sur les propositions du rapporteur. Elle émet un avis qui est ensuite formalisé et signé par le président.

Article 20

L'avis tel que prévu aux articles L.1142-8, R.790-52 et R.790-53 du code de la santé publique est émis sur la base d'un modèle adopté par la commission et annexé au règlement intérieur de cette commission. L'avis est transmis par lettre recommandée avec accusé de réception au demandeur, aux parties mises en cause, à leurs assureurs respectifs et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Article 21

L'avis transmis à l'assureur ou à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est accompagné du rapport d'expertise et des documents communiqués par le demandeur nécessaires à l'établissement d'une offre d'indemnisation.

Article 22

Lorsque l'état de la personne victime du dommage n'est pas consolidé ou lorsque des préjudices nouveaux imputables à une aggravation de son état nécessitent une nouvelle évaluation des dommages, une nouvelle expertise peut être diligentée, soit à l'initiative du président, soit à l'initiative de la victime, afin qu'une nouvelle offre d'indemnisation puisse être, le cas échéant, proposée à cette dernière.

Article 23

Les rapports prévus aux articles R.790-47 et R.790-48 ainsi que le rapport préparatoire à l'avis prévu à l'article L.1142-8 du code de la santé publique sont préparés par le président et adoptés par la commission.

IV. - Procédure d'instruction des dossiers soumis à la commission siégeant en formation de conciliation

Article 24

La commission réunie en formation de conciliation a pour mission d'examiner les demandes relatives aux litiges et difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins effectué dans son ressort. Elle peut en particulier être saisie de demandes de règlements amiables pour des préjudices inférieurs au seuil de gravité prévu par le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003.

Article 25

La commission est saisie par lettre recommandée avec accusé de réception d'une demande de conciliation qui mentionne les noms et adresse du demandeur, le nom et adresse des personnes mises en cause et l'objet du litige.

Article 26

Le président accuse réception de la demande, informe les personnes mises en cause par le demandeur et, le cas échéant, demande des renseignements complémentaires aux parties.

Article 27

Le président peut transmettre la demande de conciliation, si le demandeur l'accepte, à la commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge territorialement compétente ou à l'organe professionnel compétent.

Article 28

Dans le cas contraire, la commission délègue la mission de conciliation à un de ses membres ou à un médiateur indépendant. Une liste des médiateurs, membres de la commission ou indépendants, est arrêtée annuellement par la commission et peut être modifiée en tant que de besoin à tout moment dans les mêmes conditions.

Dans le cadre de cette mission de conciliation, le médiateur indépendant dispose des mêmes prérogatives et est soumis aux mêmes obligations que les membres de la commission.

Le médiateur doit constater le résultat de la mission de conciliation sur un document dont le modèle a été approuvé par la commission, signé par les parties et dont une copie leur est remise ou transmise.

Article 29

A la demande expresse de la commission ou lorsque le litige répond à des critères préalablement définis par elle, le président convoque les parties devant la commission par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard dix jours avant la séance.

Article 30

Le président rend compte régulièrement du résultat des missions de conciliation à la commission.

Arrêté du 1^{er} septembre 2003 relatif à la consultation du personnel en vue de renouveler les représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard des agents administratifs d'administration centrale

NOR : SANG0323388A

Par arrêté du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées en date du 1^{er} septembre 2003, une élection anticipée des représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des agents administratifs d'administration centrale est organisée en application de l'article 9, alinéa 4, du décret n° 82-451 du 28 mai 1982.

La date des élections est fixée au 18 novembre 2003. Le scrutin aura lieu de 9 heures à 16 heures.

Les listes de candidatures à l'élection susmentionnée, établie conformément aux dispositions de l'article 15 du décret n° 82-451 du 28 mai 1982, devront être déposées au ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, direction de l'administration générale, du personnel et du budget (service des ressources humaines, mission dialogue social), 10, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Bufferon, 75696 Paris Cedex 14, pièce 201, avant le 6 octobre 2003, à 17 heures.

Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie

NOR : SANS0323554X

Est réputé approuvé, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 12 publié ci-dessous et conclu le 3 juin 2003 entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes MG France.

AVENANT N° 12

À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

D'une part,

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par M. Spaeth (J.-M.), président ;

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole, représentée par Mme Gros (J.), présidente,

Et, d'autre part,

L'organisation syndicale représentative des médecins généralistes : La Fédération française des médecins généralistes MG France, représentée par son président, M. Costes (P.),

En application de :

- l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
- l'accord du 10 janvier 2003 portant sur les axes stratégiques d'une rénovation des relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie,

convient de ce qui suit :

Article 1^{er}

La prise en charge des patients bénéficiant de soins palliatifs à domicile

Afin d'organiser la prise en charge à domicile des patients bénéficiant de soins palliatifs, il est proposé à chaque médecin généraliste conventionné d'adhérer volontairement à un contrat de santé publique joint en annexe 1 du présent avenant.

Article 2

La coordination des soins pour les patients admis en cures thermales

Afin de mieux coordonner les soins des patients admis en cures thermales, il est proposé à chaque médecin généraliste conventionné d'adhérer volontairement à un contrat de pratique professionnelle joint en annexe 2 du présent avenant.

Dans l'attente de la mise en place de la classification commune des actes cliniques à compter du 1^{er} janvier 2005, les montants du forfait thermal et de la majoration thermique prévue dans le contrat de pratique professionnelle pourront faire l'objet d'une révision au cours du premier trimestre 2004.

Les parties signataires demandent aux pouvoirs publics la suppression des formalités de l'entente préalable, qui avaient fait l'objet d'une suspension depuis l'arrêté du 2 novembre 1999, prévues à l'article 1^{er} du chapitre IV de la deuxième partie du titre XV de la nomenclature générale des actes professionnels.

Article 3

Modalités d'extension du forfait pédiatrique aux médecins généralistes

Les parties signataires demandent aux pouvoirs publics de modifier l'article 14-4 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels et de prévoir l'extension aux médecins généralistes de la majoration forfaitaire pour les trois examens pédiatriques obligatoires nécessitant l'établissement des certificats de santé, prévus par le décret n° 73-267 du 2 mars 1973.

Article 3-1

Champ d'application

Les enfants dont la protection est organisée par le décret précité sont soumis à des examens médicaux obligatoires au nombre de 3, le premier dans les 8 jours qui suivent la naissance, l'un au cours du neuvième ou dixième mois, le dernier au cours du vingt-quatrième mois ou du vingt-cinquième mois.

Article 3-2

Définition et montant du forfait pédiatrique

Les médecins généralistes bénéficient, pour les consultations réalisées en cabinet ou au domicile du patient correspondant à l'établissement des certificats de santé aux périodes précitées, d'une majoration forfaitaire de 5 € s'ajoutant à la valeur de leurs consultations réalisées au cabinet ou à domicile.

Afin de faciliter le suivi précis de leur activité concernant ces actes spécifiques, les médecins généralistes identifieront la majoration « forfait pédiatrique » (code FPE) de ces consultations réalisées au cabinet ou au domicile du patient sur la feuille de soins papier et/ou électronique, dont le montant sera pris en charge à 100 % par les organismes d'assurance maladie.

Article 3-3

Contenu de la consultation réalisée au cabinet ou au domicile du patient définie à l'article 3-1

La consultation réalisée au cabinet ou au domicile du patient comporte : un interrogatoire, un examen complet visant à l'établissement de ces certificats mais aussi un entretien de conclusion avec la conduite à tenir, des prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels. Ces consultations réalisées au cabinet ou à domicile donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Le forfait défini à l'article 3-2 ne s'applique pas aux consultations réalisées au cabinet ou à domicile qui ne répondent pas à cette définition.

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique

NOR : ETSP1025203D

Publics concernés : personnes s'estimant victimes de préjudices résultant d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales et souhaitant obtenir une indemnisation à l'amiable.

Objet : modification des conditions d'appréciation de la gravité de l'accident, de l'affection ou de l'infection ouvrant l'accès aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) en vue d'obtenir une indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Entrée en vigueur : immédiate.

Notice : le code de la santé publique (art. L. 1142-1 et L. 1142-8) fixe une procédure d'indemnisation simplifiée pour les victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales présentant un certain caractère de gravité. La loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification du droit a, parmi les caractères de gravité nécessaires, substitué à la durée de l'incapacité temporaire de travail la prise en compte soit de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles, soit de la durée du déficit fonctionnel temporaire, afin d'ouvrir la procédure aux personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Le décret détermine le taux minimum du déficit fonctionnel temporaire répondant au critère de gravité.

Références : l'article D. 1142-1 du code de la santé publique modifié par le présent décret peut être consulté, dans sa rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1142-1 ;

Vu la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures, notamment son article 112 ;

Vu l'avis de la commission de la réglementation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 août 2010 ;

Vu l'avis de la commission de la législation et de la réglementation financière en date du 10 septembre 2010,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Le deuxième alinéa de l'article D. 1142-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Présente également le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1 un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ayant entraîné, pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois, un arrêt temporaire des activités professionnelles ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50 % . »

Art. 2. – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et la secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 janvier 2011.

Par le Premier ministre :
*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*
XAVIER BERTRAND

FRANÇOIS FILLON

La ministre de l'Économie,
des Finances et de
l'Industrie,
CHRISTINE LAGARDE

Le ministre du budget, des comptes publics, de
la fonction publique et de la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,
FRANÇOIS BAROIN

La secrétaire d'Etat auprès
du ministre du travail, de
l'emploi et de la santé,
chargée de la santé,
NORA BERRA

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2012-298 du 2 mars 2012 modifiant le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

NOR : ETSPI134560D

Publics concernés : personnes s'estimant victimes d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale.

Objet : adaptation de l'organisation, du fonctionnement et des procédures des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux et de la Commission nationale des accidents médicaux.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le présent décret précise les conditions dans lesquelles plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation peuvent être créées dans une même région et supprime en conséquence la mention de leur caractère régional dans leur dénomination. Il adapte, par ailleurs, certaines conditions de fonctionnement de ces commissions ainsi que, lorsque sont en cause des dommages liés à des recherches biomédicales, les procédures conduites devant celles-ci.

Le décret précise également les relations de la Commission nationale des accidents médicaux avec les commissions d'indemnisation et fixe les conditions dans lesquelles la commission nationale peut accéder à des données couvertes par le secret médical pour l'exercice de ses missions. Il supprime, en outre, les fonctions de commissaire du Gouvernement auprès de la commission nationale.

Références : le présent décret est pris pour l'application de l'article 112 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1142-5 et L. 1142-10 dans leur rédaction résultant de l'article 112 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives ;

Vu le décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du code civil et relatif à la signature électronique ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 17 janvier 2012 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – La sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o Dans l'intitulé de la sous-section, les mots : « régionale ou interrégionale » sont supprimés ; 2^o

Avant l'article R. 1142-5, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. R. 1142-4-1.* – La commission définie à l'article L. 1142-5 a pour ressort une région ou les régions que désigne l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du même article. Cet arrêté précise dans quelle région la commission a son siège.

Toutefois, plusieurs commissions peuvent être créées dans une même région, par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, pour tenir compte du nombre de demandes d'indemnisation

formulées auprès de la commission régionale existante, du nombre d'habitants de la région ainsi que du nombre de professionnels, établissements, services et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1. Le ressort de la commission comprend alors un ou plusieurs départements.

L'arrêté précise le ressort et la date d'entrée en fonction des nouvelles commissions. L'instruction des demandes dont la commission régionale est saisie à cette date se poursuit devant la nouvelle commission compétente, pour chaque demande, en vertu du premier alinéa de l'article R. 1142-13. Le délai mentionné à l'article L. 1142-8 court de la date de saisine de la commission régionale. » ;

3° Le premier alinéa de l'article R. 1142-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chaque commission comprend, outre son président : » ;

4° L'article R. 1142-7 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « régionale ou interrégionale » sont supprimés ;

b) Au quatrième alinéa, le mot : « régionales » est supprimé ;

c) La première phrase du cinquième alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :

« Les membres des commissions autres que le président et son ou ses adjoints sont nommés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé. Les membres des commissions interrégionales sont nommés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle la commission a son siège, après avis conforme des directeurs généraux des autres agences régionales de santé intéressées. » ;

5° Au troisième alinéa de l'article R. 1142-10, les mots : « ou producteurs, exploitants ou distributeurs de produits de santé » sont remplacés par les mots : « , producteurs, exploitants ou distributeurs de produits de santé ou promoteurs de recherche biomédicale » ;

6° A l'article R. 1142-11, les mots : « à l'exception des » sont remplacés par les mots : « dans le respect des dispositions des articles R. 1142-41-1 et R. 1142-41-2 pour les ».

Art. 2. – La sous-section 2 de la même section est ainsi modifiée :

1° L'article R. 1142-13 est ainsi modifié :

a) La première et la deuxième phrase du premier alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

« La demande en vue de l'indemnisation d'un dommage imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ou réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale est présentée à la commission dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte en cause. Cette commission demeure compétente même si, au cours de l'instruction de la demande, des actes réalisés dans le ressort d'autres commissions sont susceptibles d'être également impliqués dans le dommage dont le demandeur sollicite l'indemnisation. » ;

b) La troisième phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée :

« En outre, celui-ci joint à sa demande tout autre document de nature à appuyer, et notamment, sauf s'il l'acte auquel il impute le dommage a été réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale, à établir que les dommages subis présentent le caractère de gravité mentionné au II de l'article L. 1142-1. » ;

c) Au cinquième alinéa, les mots : « ou le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé » sont remplacés par les mots : « , le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé ou le promoteur de recherche biomédicale » ;

2° A l'article R. 1142-14, les mots : « la commission, ou s'ils ont reçu délégation à cette fin, le président ou un président-adjoint, peuvent » sont remplacés par les mots : « le président ou un président-adjoint peut » ;

3° L'article R. 1142-15-1 devient l'article R. 1142-15-2 et est ainsi modifié :

a) A la première phrase, les mots : « caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1, elle » sont remplacés par les mots : « caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1 ou lorsqu'elle est saisie d'une demande d'indemnisation des conséquences dommageables d'un acte réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale, le président ou un président-adjoint » ;

b) A la dernière phrase, les mots : « la commission » sont remplacés par les mots : « le président ou son adjoint » ;

4° Avant le nouvel article R. 1142-15-2, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. R. 1142-15-1. –* Les dispositions des articles R. 1142-14 et R. 1142-15 ne sont pas applicables aux demandes d'indemnisation des conséquences dommageables d'un acte réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale. » ;

5° Au premier alinéa de l'article R. 1142-16, la référence à l'article R. 1142-15-1 est remplacée par la référence à l'article R. 1142-15-2 ;

6° L'article R. 1142-17 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ou au producteur, à l'exploitant ou au distributeur de produits de santé » sont remplacés par les mots : « au producteur, à l'exploitant ou au distributeur de produits de santé ou au promoteur de recherche biomédicale » ;

b) Au troisième alinéa, après les mots : « d'une des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 1142-14 », sont insérés les mots : « ou d'un promoteur de recherche biomédicale ».

Art. 3. – La sous-section 3 de la même section est ainsi modifiée :

1° L'article R. 1142-19 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 1142-19.* – La commission réunie en formation de conciliation examine :

1° Les contestations relatives aux droits des malades et des usagers du système de santé mettant en cause un professionnel ou un établissement de santé de son ressort ;

2° Les demandes relatives aux litiges ou difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, ou réalisé dans le cadre d'une recherche biomédicale, effectué dans son ressort. » ;

2° A l'article R. 1142-20, les mots : « ou du producteur, de l'exploitant ou du distributeur de produits de santé » sont remplacés par les mots : « du producteur, de l'exploitant ou du distributeur de produits de santé ou du promoteur de recherche biomédicale ».

Art. 4. – La sous-section 1 de la section 3 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article R. 1142-24 est ainsi modifié :

a) Au a du 1^o, après le mot : « professions », est inséré le mot : « libérales » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° L'article R. 1142-26 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « chargé de la santé, par six des membres de la commission ou par le commissaire du Gouvernement » sont remplacés par les mots : « chargé de la santé ou par six des membres de la commission » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° A l'article R. 1142-28, les mots : « régionales ou interrégionales » sont supprimés.

Art. 5. – La sous-section 2 de la même section est ainsi modifiée :

1° L'article R. 1142-30-1 est ainsi modifié :

a) Le 5^o est supprimé ;

b) Le 6^o devient le 5^o ;

c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , qu'il s'agisse d'une première inscription ou d'un renouvellement » ;

2° La deuxième phrase du premier alinéa de l'article R. 1142-30-2 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Ils instruisent la demande au vu des documents fournis en application de l'article R. 1142-30-1 et de rapports d'expertise en réparation du dommage corporel que le candidat choisit parmi ceux qu'il a établis dans un cadre amiable ou juridictionnel et, le cas échéant, après s'être entretenu avec lui. Le candidat efface au préalable les mentions permettant d'identifier la ou les personnes dont il a examiné le cas. » ;

3° A l'article R. 1142-32-1, les mots : « régionale ou interrégionale » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1142-5 » ;

4° L'article R. 1142-34 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales » sont remplacés par les mots : « commission mentionnée à l'article L. 1142-5 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « régionales et interrégionales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 1142-5 » et le mot : « R. 142-12 » est remplacé par le mot : « R. 1142-12 » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « d'une commission régionale ou interrégionale » sont supprimés ;

d) Au dernier alinéa, les mots : « régionale ou interrégionale » sont remplacés par les mots : « mentionnée à l'article L. 1142-5 » ;

5° A l'article R. 1142-35, les mots : « régionales et interrégionales » sont supprimés ;

6° A l'article R. 1142-36, les mots : « régionales et interrégionales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 1142-5 » ;

7° L'article R. 1142-38 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 1142-38.* – La Commission nationale des accidents médicaux évalue les conditions de réalisations des expertises diligentées par les commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 et formule des recommandations sur la conduite de telles expertises médicales. Elle formule également, au vu de l'examen du fonctionnement de ces commissions, de l'analyse des avis qu'elles rendent et de comparaisons portant sur les modalités d'accès pour les demandeurs, des recommandations pour attendre l'objectif, défini à l'article L. 1142-10, de mise en œuvre homogène du dispositif de réparation des conséquences des risques sanitaires.

Les recommandations sont adressées aux commissions mentionnées à l'article L. 1142-5, qui tiennent notamment à la disposition des experts celles relatives à la conduite des expertises.

Ces commissions rendent compte, dans le rapport annuel prévu à l'article R. 1142-11, des suites qu'elles ont données aux recommandations de la commission nationale. » ;

8° L'article R. 1142-39 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 1142-39.* – La commission nationale peut adresser au ministre de la justice et au ministre chargée la santé des propositions tendant à l'amélioration et à la mise en œuvre homogène du dispositif de réparation des conséquences des risques sanitaires. Elle informe de ces propositions les commissions mentionnées à l'article L. 1142-5. » ;

9° A l'article R. 1142-40, les mots : « régionales et interrégionales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 1142-5 » ;

10° L'article R. 1142-41 est ainsi modifié :

a) Les mots : « régionales et interrégionales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 1142-5 » ;

b) Les mots : « à l'exception de » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues aux articles R. 1142-41-1 et R. 1142-41-2 pour » ;

11° La sous-section est complétée par un paragraphe ainsi rédigé :

« Paragraphe 3

« Accès de la Commission nationale
aux informations couvertes par le secret médical

« *Art. R. 1142-41-1.* – La communication à la Commission nationale des accidents médicaux, en application de l'article L. 1142-10, d'informations couvertes par le secret médical fait l'objet d'une demande écrite et motivée de son président ou de son vice-président dans laquelle il désigne, parmi les médecins ou, le cas échéant, les chirurgiens-dentistes, le ou les membres auxquels ces informations sont rendues accessibles et, lorsque la demande concerne l'accès prévu au sixième alinéa du présent article, la durée pour laquelle ce dernier doit être ouvert. Cette communication concerne, notamment, les informations détenues par l'office mentionné à l'article L. 1142-22 concernant les activités des commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 et nécessaires à la commission nationale pour l'exercice de ses missions, comme les missions d'expertise, les avis rendus et les rapports d'expertise sur lesquels ils sont fondés.

« Les informations sont transmises ou rendues accessibles par des moyens permettant d'en garantir la confidentialité à l'égard des tiers.

« Lorsque ces informations sont transmises sous pli, elles sont adressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception sous double enveloppe, celle placée à l'intérieur portant la mention "secret médical".

« Lorsque ces informations sont adressées par télétransmission, elles doivent au préalable être chiffrées. Elles sont alors transmises après apposition de sa signature électronique par le destinataire de la demande conformément aux dispositions du décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du code civil et relatif à la signature électronique, dans des conditions conformes aux règles de l'art.

« Les opérations auxquelles la commission doit procéder pour exploiter les informations reçues par télétransmission doivent être conformes aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives.

« Lorsque ces informations sont rendues accessibles sous la forme d'un accès extranet à une base de données, il est attribué à cet effet, et pour une durée déterminée, un code d'accès aux membres désignés en application du premier alinéa.

« Le formulaire prévu à l'article R. 1142-13 comporte une mention précisant au demandeur que les informations qu'il transmet à la commission qu'il a saisie peuvent être communiquées à la commission nationale pour l'accomplissement de ses missions.

« Une information sur l'utilisation des données personnelles par la commission nationale figure sur son site internet ainsi que sur celui de l'office mentionné à l'article L. 1142-22 et des commissions mentionnées à l'article L. 1142-5.

« *Art. R. 1142-41-2.* – Les informations communiquées en application de l'article R. 1142-41-1 sont utilisées et conservées dans des conditions de lieu ou de support préservant leur confidentialité, sous la responsabilité de la commission nationale. Seuls peuvent y accéder les membres médecins ou, le cas échéant, chirurgiens-dentistes de la commission, dans des conditions arrêtées par le président, après avis de la commission.

« Ces membres ne peuvent en aucun cas utiliser ces informations à d'autres finalités que celles ayant justifié leur collecte et leur conservation.

« Après écoulement du délai nécessaire pour atteindre ces finalités, qui ne peut excéder un an, les informations en cause, au choix de la personne ou de l'organisme qui les a transmises, lui sont restituées dans des conditions identiques à celles prévues pour leur transmission à la commission nationale ou sont détruites. »

Art. 6. – Au 1° de l'article R. 1142-5 et au b du 2° de l'article R. 1142-43 du code de la santé publique, les mots : « des usagers proposés par les » sont remplacés par les mots : « des usagers proposés par des ».

Art. 7. – Le chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du même code est ainsi modifié :

1^o L'article D. 1142-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « régionale » est supprimé ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « régionale » est remplacé par les mots : « mentionnée au premier alinéa » ;

2^o Au *f* du 2^o de l'article R. 1142-43, après le mot : « professions », est inséré le mot : « libérales » ;

3^o Au 11^o de l'article R. 1142-46 et aux sixième et septième alinéas de l'article R. 1142-52, les mots : « régionales et interrégionales » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 1142-5 » ;

4^o Au douzième alinéa de l'article R. 1142-52, les mots : « régionale ou interrégionale » sont supprimés ;

5^o Au deuxième alinéa de l'article R. 1142-61, les mots : « régionale ou interrégionale » sont remplacés par les mots : « de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales » ;

6^o L'article R. 1142-62 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 1142-62.* – Lorsque la personne regardée comme responsable des dommages par la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales n'est pas assurée, le délai prévu à l'article L. 1142-14 court à compter de la date de réception par l'office de l'avis de cette commission. »

Art. 8. – Par dérogation à l'article R. 1142-43 du code de la santé publique, les mandats des membres titulaires et suppléants mentionnés au *b* du 2^o de cet article en cours à la date de publication du présent décret prennent fin au 4 mars 2012.

Art. 9. – Le garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et la secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 2 mars 2012.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*

XAVIER BERTRAND

*Le garde des sceaux,
ministre de la justice et des libertés,*
MICHEL MERCIER

*La ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,*

VALÉRIE PÉCRESSE

*La secrétaire d'Etat
auprès du ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,
chargée de la santé,*
NORA BERRA

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2014-19 du 9 janvier 2014 portant simplification et adaptation des dispositifs d'indemnisation gérés par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

NOR : AFSP1302540D

***Publics concernés :** personnes s'estimant victimes d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou du benfluorex.*

***Objet :** simplification et adaptation des dispositifs d'indemnisation gérés par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).*

***Entrée en vigueur :** le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.*

***Notice :** le texte diminue le nombre de membres des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (de vingt à douze, président non inclus) et de la Commission nationale des accidents médicaux (de vingt-quatre à dix-huit, président non inclus). Il confie aux présidents des commissions de conciliation et d'indemnisation le pouvoir de rejeter les demandes pour lesquelles la gravité des dommages allégués est manifestement inférieure au seuil légal. Il prévoit la motivation du refus de l'ONIAM de suivre l'avis des commissions de conciliation et d'indemnisation. Il rend obligatoire l'avis des commissions de conciliation et d'indemnisation pour le renouvellement de l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux. Il applique aux membres des commissions de conciliation et d'indemnisation les dispositions relatives à la prévention des conflits d'intérêts issues de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Enfin, il modifie la répartition des catégories de spécialistes dans le collège d'experts du benfluorex et il diminue le nombre des réunions de ce collège nécessaires pour une même demande.*

***Références :** les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code des assurances, notamment son article L. 426-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1142-6, L. 1142-10 et L. 1142-24-4 ;

Vu la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, notamment son article 72 ;

Vu l'avis du comité consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du 4 octobre 2013 ;

Vu l'avis du comité technique de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales en date du 7 octobre 2013 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS RELATIVES À L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX

Art. 1^{er}. – La sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o L'article R. 1142-5 est ainsi modifié :

- a) Au deuxième alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « trois » ;
- b) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
« Un représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ; » ;
- c) Au neuvième alinéa, les mots : « le président du conseil d'administration et » sont supprimés et les mots : « leurs représentants » sont remplacés par les mots : « son représentant » ;
- d) Au dixième alinéa, les mots : « deux représentants » sont remplacés par les mots : « un représentant » ;
- e) Au onzième alinéa, les mots : « quatre personnalités qualifiées » sont remplacés par les mots : « deux personnalités qualifiées » ;
- f) Le treizième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
« Sont nommés dans les mêmes conditions que le titulaire deux membres suppléants. En cas d'empêchement du titulaire, seul un des deux suppléants assiste à la séance de la commission. » ;
- g) Le quinzième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
« En cas de décès, de démission, de cessation de fonctions pour toute autre cause d'un membre titulaire de la commission, il est remplacé par l'un de ses suppléants qui devient titulaire pour la durée du mandat restant à accomplir. Le président peut proposer, après avoir dûment entendu l'intéressé, qu'il soit procédé dans les mêmes conditions au remplacement d'un membre titulaire ayant été absent à plus de trois séances consécutives auxquelles il ne s'est pas fait suppléer. Un nouveau suppléant est alors nommé dans les conditions prévues au présent article. » ;

2^o L'article R. 1142-9 est ainsi modifié :

- a) Au deuxième alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « cinq » ;
- b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« Un ou plusieurs membres, médecins ou chirurgiens-dentistes de la Commission nationale des accidents médicaux, désignés par son président ou son vice-président, peuvent assister, avec l'accord du président ou du président adjoint de la commission, à une ou plusieurs de ses séances, sans voix délibérative ni consultative. » ;

3^o L'article R. 1142-10 est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa, après les mots : « l'autorité », est inséré le mot : « fonctionnelle » ;
- b) Il est inséré un troisième alinéa ainsi rédigé :
« Le président et le ou les présidents adjoints ainsi que les membres titulaires et suppléants des commissions sont soumis aux dispositions des articles L. 1451-1 et R. 1451-1 à R. 1451-4. »

Art. 2. – Le premier alinéa de l'article R. 1142-15 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque le président ou un président adjoint considère, soit au vu des pièces justificatives de la demande mentionnées à l'article R. 1142-13, soit au regard des observations du ou des experts auxquels il aura soumis ces pièces en application de l'article R. 1142-14, soit, après l'expertise prévue à l'article R. 1142-15-2, que les dommages subis ne présentent manifestement pas le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1, il déclare la commission incompétente. Dans les autres cas, il soumet la décision à la délibération de la commission. Le demandeur ainsi que le professionnel, l'établissement, le centre, l'organisme de santé ou le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé concerné par la demande, ainsi que son assureur et l'organisme de sécurité sociale auquel était affiliée la victime, en sont informés par lettre recommandée avec accusé de réception. »

Art. 3. – L'article R. 1142-24 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- 1^o Au deuxième alinéa, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « quatre » ;
- 2^o Au troisième alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux » et les mots : « deux médecins » par les mots : « un médecin » ;
- 3^o Au cinquième alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « trois » ;
- 4^o Au sixième alinéa, le mot : « seize » est remplacé par le mot : « douze » ;
- 5^o Aux septième et huitième alinéas, le mot : « huit » est remplacé par le mot : « six ».

Art. 4. – La sous-section 2 de la section 3 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o Le deuxième alinéa de l'article R. 1142-31-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils recueillent l'avis des présidents des commissions mentionnées à l'article L. 1142-5 et, le cas échéant, les avis mentionnés au troisième alinéa de l'article R. 1142-30-2. » ;

2^o Au septième alinéa de l'article R. 1142-41-1, après les mots : « de ses missions », sont ajoutés les mots : « et que des membres de cette commission peuvent assister aux séances de la commission de conciliation et d'indemnisation dans les conditions prévues à l'article R. 1142-9 ».

Art. 5. – La sous-section 1 de la section 4 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o Au 5^o de l'article R. 1142-47, les mots : « l'action sociale » sont remplacés par les mots : « la cohésion sociale » ;

2^o Au premier alinéa de l'article R. 1142-51, les mots : « virus de l'hépatite C » sont remplacés par les mots : « virus de l'hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

3^o L'article R. 1142-52 est ainsi modifié :

a) Au septième alinéa, les mots : « il a autorité » sont remplacés par les mots : « il exerce l'autorité hiérarchique » ;

b) Le douzième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'il refuse de suivre l'avis d'une commission, il communique à celle-ci les motifs de sa décision. »

Art. 6. – La sous-section 2 de la section 4 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o A l'article R. 1142-60, les mots : « R. 1142-56 à R. 1142-58 » sont remplacés par les mots : « R. 1142-61 à R. 1142-63 » ;

2^o Le premier alinéa de l'article R. 1142-63 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque la couverture d'assurance de la personne responsable des dommages est épuisée ou expirée, l'assureur avertit sans délai, par lettre recommandée avec accusé de réception, la victime ou ses ayants droit, la personne considérée comme responsable, l'office et, si les dommages entrent dans son champ d'intervention, le fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances. »

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À L'INDEMNISATION DES VICTIMES DU BENFLUOREX

Art. 7. – L'article R. 1142-63-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Au 1^o, les mots : « un médecin compétent » sont remplacés par les mots : « deux médecins compétents » ;

2^o Le 2^o est abrogé ;

3^o Les 3^o à 7^o deviennent les 2^o à 6^o ;

4^o Au neuvième alinéa, les mots : « médecins mentionnés aux 4^o à 6^o » sont remplacés par les mots : « médecins mentionnés aux 3^o à 5^o » ;

5^o Le dixième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « Deux suppléants » sont remplacés par les mots : « Trois suppléants » ;

b) Il est inséré après la première phrase une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, les suppléants de l'un des deux médecins compétents dans le domaine de la cardiologie peuvent être des médecins compétents dans le domaine de la pneumologie. » ;

c) A la troisième phrase, les mots : « et de l'autre suppléant » sont remplacés par les mots : « et des deux autres suppléants ».

Art. 8. – La sous-section 3 de la section 4 bis du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1^o Au premier alinéa de l'article R. 1142-63-10, les mots : « Lorsque le collège diligente une expertise » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'une expertise est diligentée par le président du collège d'experts » ;

2^o L'article R. 1142-63-11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 1142-63-11. – I. – Lorsque le collège d'experts procède lui-même à l'expertise à partir du dossier de la demande, l'office adresse son rapport aux parties et, le cas échéant, à leurs conseils, aux personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1142-24-2 ainsi qu'à leurs assureurs éventuels, qui disposent d'un délai de quinze jours pour lui faire parvenir leurs éventuelles observations.

II. – Les experts désignés par le président du collège adressent leur projet de rapport aux parties et, le cas échéant, à leurs conseils, aux personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1142-24-2 ainsi qu'à leurs assureurs éventuels, qui disposent alors d'un délai de quinze jours pour faire parvenir à ces experts leurs éventuelles observations.

Dans les trois mois suivant la date de leur désignation, les experts adressent au collège d'experts leur rapport d'expertise comprenant leur réponse aux éventuelles observations des parties.

Le collège d'experts établit alors son rapport en prenant en compte le rapport du ou des experts extérieurs et l'adresse aux parties et, le cas échéant, à leurs conseils, aux personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1142-24-2 ainsi qu'à leurs assureurs éventuels, qui disposent alors d'un délai de quinze jours pour lui faire parvenir leurs éventuelles observations.

III. – Dans tous les cas, le collège prend en considération les observations des parties et joint, sur leur demande, à son rapport tous documents y afférents.

Le rapport du collège est également adressé au service médical des organismes de sécurité sociale auxquels est ou était affiliée la victime lors du dommage subi ainsi qu'à celui des autres tiers payeurs des prestations versées du chef de ce dommage.»

Art. 9. – Les dispositions du 1^o et du a du 2^o de l'article 1^{er} et celles de l'article 3 du présent décret entrent en application lors du renouvellement du mandat des membres des commissions concernées.

Art. 10. – La garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 9 janvier 2014.

JEAN-MARC AYRAULT

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

MARISOL TOURAINE

*La garde des sceaux,
ministre de la justice,*
CHRISTIANE TAUBIRA

Le ministre de l'économie et des finances,

PIERRE MOSCOVICI

*Le ministre délégué
auprès du ministre de l'économie et des finances,
chargé du budget,*
BERNARD CAZENEUVE

BIBLIOGRAPHIE

I - Brochures AREDOC

- *Les aspects médico-légaux en psychiatrie : de la prévention à la réparation*, juin 2023
- *Les aspects médico-légaux de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral*, juillet 2022
- *Les aspects médico-légaux en gynéco-obstétrique : la grossesse, l'accouchement et le suivi post-natal*, novembre 2021
- *Faute, aléa thérapeutique, perte de chance : état des lieux 18 ans après la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002*, septembre 2020
- *De l'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) au déficit fonctionnel permanent (DFP)*, Lettre d'information de l'AREDOC, juin 2020
- *La responsabilité médicale en cas de dommages impliquant un produit de santé ou un dispositif médical* - Lettre de la COREME n° 8, Mise à jour 2020
- *La nomenclature des postes de préjudices de la victime directe : bilan 2019*, Etude de la COREIDOC, 2019
- *De l'équipe médicale à l'équipe de soins*, 2019
- *Imagerie médicale : de l'évolution à la révolution ?* 2018
- *Vade-mecum sur les postes de préjudices de la nomenclature Dintilhac*, 2018.
- *Mission d'expertise en cas d'aggravation*, 2017
- *Des règles de l'art aux données acquises de la science*, 2017
- *L'état antérieur... au présent : Actualité sur les aspects médico-juridiques en responsabilité médicale*, 2016
- *Les infections nosocomiales, aspects médico-juridiques*, 4^e édition, 2014
- *La mission droit commun*, 2014
- *La mission droit commun spécifique aux handicaps graves générant une perte d'autonomie qu'elle soit d'origine locomotrice, neurologique, neurocognitive ou sensorielle*, 2014
- *La nomenclature des postes de préjudices des victimes indirectes en cas de décès ou de survie de la victime directe : bilan 2013*, Etude de la COREIDOC, juin 2013
- *La perte de chance en responsabilité médicale aujourd'hui*, Mai 2012
- *Questions pratiques sur l'obligation d'information en responsabilité médicale*, Mai 2011 (cf. Lettre de la COREME sur le sujet en 2017).
- *Réflexions sur la responsabilité médicale depuis la loi du 4 mars 2002*
- *De l'usage du dossier médical en responsabilité médicale*, mai 2010. (cf. Lettre de la COREME sur le sujet en 2016)

II - Sites spécialisés

- Rapports de la CNAMed. Mission CNAMed et Livret de l'expert
<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/cnamed-Commission-nationale-des-accidents-medicaux>
- Site de l'ONIAM
www.oniam.fr
- Site de l'AREDOC
www.aredoc.com
- Site du CISS
<http://www.france-assos-sante.org/>

III - Sites juridiques

- www.legifrance.fr

