

**LA NOTION D'"ALEA THERAPEUTIQUE" OU  
D'"ACCIDENT MEDICAL NON FAUTIF"  
DEPUIS LA LOI DU 4 MARS 2002**

**Des considérations sur ce qu'est, -ou éventuellement n'est pas (!)-, l'accident médical  
par l'étude d'Avis de la CRCI**

L'article L 1142-1-II issu de la Loi du 4 mars 2002 dispose :

*"Lorsque la responsabilité d'un professionnel d'un établissement, service, organisme mentionné au I ou d'un producteur de produit n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène, ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation 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 dans 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'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail".*

\*\*\*

Dans son discours d'information sur la Loi, Monsieur Claude EVIN précisait :

*"La Loi traite enfin d'un droit fondamental, celui d'être indemnisé en cas d'accident médical et son apport principal est de permettre une réparation simple, rapide, équitable de tous ces accidents, même quand ils ne sont pas imputables à une faute."*

Il ajoutait encore :

*"Le système préexistant n'était en effet plus satisfaisant ni pour les victimes, ni pour les professionnels de santé.*

*Le débat sur l'indemnisation médicale sans faute, ou aléa thérapeutique était ouvert depuis le vote en 1964, de la Loi sur la réparation intégrale des dommages imputables à une vaccination obligatoire.*

*Une vingtaine de propositions de loi ont été déposées depuis cette date et cinq rapports ont été remis aux gouvernements successifs.*

*La procédure et la jurisprudence étaient différentes suivant le lieu où est survenu l'accident médical, établissement privé de santé ou établissement public..."*

(...)

*"Après plus de 30 ans de réflexion et de débats, le législateur est donc intervenu en réaffirmant le principe de responsabilité et en le complétant par le mécanisme de solidarité."*

\*\*\*

De tels mécanismes ont mis un peu de temps à être compris et diffusés.

Ils ont fait l'objet de certaines critiques sur les dispositions légales réglementaires.

La mise en œuvre du système n'a pas non plus été épargnée, certains auteurs pointant même les *"premiers grincements de la machine à indemniser les accidents médicaux"*<sup>1</sup>.

Pourtant, l'ONIAM a, de son côté, soutenu que le succès de ce dispositif reposait sur *«sa capacité d'attraction en termes de coût de procédure, de rapidité et de montants d'indemnisation»* et supposait que se mette en place – selon l'expression de son président – *«un cercle vertueux qui poussera l'ensemble des intervenants à jouer le jeu sur la base de règles claires et équilibrées.»*<sup>2</sup> (!)

\*\*\*

Parmi les reproches le plus souvent formulés contre le dispositif figurait l'absence de publicité des avis des CRCI, interdisant alors de dessiner les contours d'une véritable jurisprudence.

A cet effet, le 1<sup>er</sup> avril 2004, un avis de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA) précisait que la communication des avis des CRCI ne pouvait se faire qu'aux personnes concernées et, en aucun cas, aux tiers, même et *«en particulier aux universitaires travaillant dans le domaine du droit de la santé»*<sup>3</sup>.

La CADA motivait son refus de publicité en précisant que la divulgation des avis porterait préjudice tant au principe du respect de la vie privée qu'à celui du respect du secret médical.

Les critiques se sont renforcées quand, dans une même saisine, la CADA autorisait la communication des protocoles transactionnels «anonymisés» de l'ONIAM à des tiers, tout en indiquant que ce procédé ne pouvait être employé pour les avis des CRCI au vu du grand nombre de mentions personnelles et médicales sur les victimes et sur le comportement des professionnels de santé<sup>4</sup>.

Or, qui trop embrasse, mal étirent... Quelques auteurs ont relevé le paradoxe.

---

<sup>1</sup> S. HOCQUET-BERG-VIALLA, JCP 2004

<sup>2</sup> (Gazette du Palais du 5 juin 2005 – "La réparation des accidents médicaux, un engagement de la solidarité nationale" par Dominique MARTIN, Philippe TREGUIER et Olivier SAUMON)

<sup>3</sup> CADA, avis 1<sup>er</sup> avril 2004, AJDA 2004, p 1115

<sup>4</sup> O. CADEAU et G. MEMETEAU, *Les avis des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation ne sont pas communicables « en particulier aux universitaires travaillant dans le domaine du droit de la santé » -effets et méfaits de l'avis CADA n°2004-1039 du 1<sup>er</sup> avril 2004, RGDM 2004, n°13, P 331.*

<sup>4</sup> *Accès aux documents administratifs, JurisClasseur Administratif, fasc 109-10*

La CADA, en voulant protéger, semble remettre en question les principes devant s'appliquer à la CRCI : l'exigence d'un libre accès au droit et la lisibilité du droit qu'elle contribue à forger<sup>5</sup>.

En effet, en se prononçant, dans leurs avis, sur l'origine du préjudice -caractère fautif ou non- et, ainsi, sur la répartition du contentieux, la jurisprudence des CRCI façonne un droit nouveau qui tend à définir la notion d'accident médical non fautif.

L'incommunicabilité des avis CRCI aux tiers le transforme en un droit confidentiel et secret.

La persistance de ces zones d'ombres est critiquable et critiquée car elle se retourne contre les usagers du système de santé.

L'absence de diffusion de la jurisprudence des CRCI empêche son harmonisation et, de fait, un recours pertinent aux CRCI par les victimes et leurs conseils qui en ignorent la jurisprudence et les pratiques<sup>6</sup>.

Plus globalement, cet état de fait rend particulièrement malaisé l'appréhension de la notion "d'accident médical non fautif" dont la définition de l'article 1142-1-II a été construite en partie par **opposition** à la notion de faute et qui reste à déterminer par la jurisprudence.

Aussi, nous est-il paru intéressant de recenser, **à travers un certain nombre d'observations médicales et d'avis CRCI** ce qu'est ou, peut être plus simplement, ce que **n'est pas** l'accident médical non fautif depuis la Loi du 4 mars 2002.

\*\*\*

Ainsi donc, on pourrait tirer des avis rendus par les CRCI certains principes gouvernant la notion d'accident médical non fautif.

Sans prétendre être exhaustif, ces postulats seraient les suivants :

1. S'agissant de l'influence de l'état antérieur du patient, on peut affirmer que : **L'état de santé antérieur de la victime peut être un obstacle à une prise en charge intégrale du préjudice par la solidarité nationale.**

En effet, il résulte d'un grand nombre d'avis que la dégradation de l'état de santé du patient, découlant en partie de l'état de santé antérieur de celui-ci, constitue un obstacle à une indemnisation totale par la CRCI.

---

<sup>5</sup> CADEAU Emmanuel, *Le principe de la liberté d'accès au droit à l'épreuve...de la CADA*, AJDA 2005, P 1257

<sup>6</sup> MOREAU Pierre, *Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation : ni placebo, ni panacée*, in *Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales* n°10, 6 mars 2006, 1059 ; CADEAU Emmanuel, *Le principe de la liberté d'accès au droit à l'épreuve...de la CADA*, AJDA 2005, P 1257  
O. CADEAU et G. MEMETEAU, *Les avis des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation ne sont pas communicables « en particulier aux universitaires travaillant dans le domaine du droit de la santé » -effets et méfaits de l'avis CADA n°2004-1039 du 1<sup>er</sup> avril 2004*, RGDM 2004, n°13, P 331.

Dans cette hypothèse, la prise en charge par la solidarité nationale n'est donc que partielle. Certains avis signalent l'état de gravité du traumatisme initial, comme étant un **facteur de dégradation de l'état de la victime** et en tirent les mêmes conséquences.

Cf Avis n° 3, 6, 7,9, 14, 19

On en tirera le conseil suivant : avant de lancer une procédure devant la CRCI, le médecin conseil et l'avocat de la victime **devront peser avec soins, l'influence de l'état de santé préexistant sur la pathologie et les complications survenues.**

\* \* \*

2. S'agissant de l'influence de la faute du médecin et de son **périmètre : celui-ci s'étend du diagnostic à la prise en charge de la complication.**

A tous les stades de la prise en charge, une éventuelle faute médicale pourrait être convoquée pour réduire le champ de la solidarité nationale au profit de celui de la responsabilité civile de la compagnie d'assurances de l'acteur de soins.

**Ainsi donc, médecin conseil et avocat de victime devront-ils veiller à s'intéresser aussi à la pertinence de la prise en charge de la complication.**

*L'avis n°1 illustre bien cette idée. En l'espèce, l'accident médical non fautif a été retenu car aucune faute n'a pu être imputée au médecin lors du suivi de la grossesse, lors de l'accouchement et lors de la prise en charge de la complication.*

*Cf avis 3.*

*Il est à noter que même s'il est certain que le médecin a commis une faute, une indemnisation est envisageable s'il n'est pas possible d'estimer l'impact exact de la faute, cf avis n° 11.*

\* \* \*

3. S'agissant de la certitude du lien de causalité : on pourrait résumer la situation par cette formule.

**En cas d'incertitude quant au lien de causalité (entre évolution endogène et accident médical), le doute ne profitera pas à la victime.**

En effet, le lien de causalité entre l'acte médical et la dégradation de l'état de santé **doit être certain**. On s'aperçoit que lorsqu'un doute subsiste, l'indemnisation au titre de la solidarité nationale n'est pas accueillie et que, lorsqu'il est impossible d'estimer le rôle respectif du traumatisme initial et celui du traumatisme résultant de l'acte médical, la demande n'aboutit pas.

Cf avis n° 17

*«La complication inhérente à l'acte médical, facteur d'une prise en charge totale»*

Cf avis n° 2, 4, 5, 15,

**On n'insistera donc jamais assez sur la nécessité d'identifier avant l'expertise médicale les éléments de preuve permettant de retenir l'imputabilité prépondérante de l'acte médical dans le résultat péjoratif.**

\* \* \*

4. S'agissant du résultat de l'acte médical : la nécessité d'une dégradation de l'état initial ou l'insuffisance de la simple absence d'amélioration de l'état de santé sont des notions rigoureusement exigées.

Cf avis n°12