

## Circulaire DH/AF 1 n° 99-317 du 1er juin 1999 relative à la commission de conciliation

01/06/1999

Références :

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

Décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation prévue à l'article L. 710-1-2 du Code de la santé publique et modifiant ce code (2° partie : Décrets en Conseil d'Etat).

Date d'application : immédiate.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale

à Mesdames et Messieurs les directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation (pour diffusion et mise en œuvre) ;  
Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ;  
Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ;  
Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre).

Aux termes du second alinéa de l'article L. 710-1-2 inséré dans le code de la santé publique par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, une commission de conciliation est instituée dans chaque établissement de santé. Cette commission est "chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose". Le décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 (J.O. du 7 novembre 1998) porte application de cet article L. 710-1-2. Les établissements disposent d'un délai maximum de six mois à compter du 7 novembre 1998 pour installer leur commission de conciliation.

La présente circulaire précisera successivement les missions de la commission de conciliation, sa composition et son fonctionnement, le rôle du directeur (ou du représentant légal) et du médecin conciliateur, les voies et délais de recours des usagers (annexes).

I. - LES MISSIONS DE LA COMMISSION DE CONCILIATION : AMÉLIORER L'INFORMATION DES USAGERS ET DE LEURS PROCHES ET PRÉ. VENIR LES LITIGES

\*

### 1. Une mission située en amont de toute procédure précontentieuse

Pour éviter toute confusion, il convient d'emblée d'exclure toute fonction précontentieuse ou transactionnelle du champ d'action de la commission et notamment de celui du médecin conciliateur. En dépit de son appellation, la commission, en informant sur les voies de conciliation et de recours, ne peut elle-même faire œuvre de conciliation. Aussi, la commission de conciliation ne saurait se substituer au directeur qui est le seul habilité à apporter une réponse de l'institution hospitalière aux demandes et réclamations des patients.

En effet, dans les établissements publics de santé, il appartient au conseil d'administration de délibérer sur les actions judiciaires et les transactions en application de l'article L. 714-4 du code de la santé publique. En outre, une mission précontentieuse de la commission n'est pas compatible avec la clause contractuelle des assurances-responsabilité souscrites par la quasi - totalité des établissements de santé qui n'autorise l'assuré à transiger avec la victime qu'avec l'accord de l'assureur aux termes de l'article L. 124-2 du code des assurances.

Selon l'article L. 124-2 du code des assurances, "l'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui sont opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être

assimilé à la reconnaissance de la responsabilité".

La raison d'être de cette interdiction est évidente : si l'assuré reconnaît de prime abord sa responsabilité, il met son assureur en difficulté face à la victime pour laquelle un tel aveu est la meilleure des preuves pour faire valoir son droit à indemnisation. Les contrats d'assurance intègrent donc une clause d'interdiction qui ne découle pas de la loi (le code des assurances n'établit pas cette disposition mais donne à la clause un caractère licite) mais du contrat lui-même.

La clause interdit une reconnaissance de responsabilité volontaire de la part de l'assuré, une sorte d'aveu. Cette reconnaissance de responsabilité peut prendre différentes formes ; elle peut être expresse ou tacite. Cependant, certaines mesures relevant de l'humanisme ou de l'éthique prises par l'assuré ne constituent pas, en soi, une reconnaissance de responsabilité (par exemple, le fait de secourir la victime, de la prendre en charge).

La reconnaissance de responsabilité n'est interdite qu'à l'assuré. Par assuré, il faut entendre l'établissement, personne morale, mais aussi les personnes physiques exerçant au sein de l'établissement et bénéficiant, dans le cadre de leurs fonctions hospitalières, du contrat d'assurance. Les praticiens hospitaliers comme les autres personnels infirmiers, soignants, médico - techniques sont donc soumis à cette interdiction de reconnaître la responsabilité de l'établissement.

L'interdiction de la reconnaissance de la responsabilité connaît une limite formulée dans l'article L. 124-2 du code des assurances: "l'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité".

Cette restriction a pour objet essentiel de permettre l'expression de la vérité ; elle réduit très sensiblement la portée de l'interdiction de reconnaissance de responsabilité, car la reconnaissance de faits (matériels) est susceptible de déclencher inéluctablement la responsabilité.

\*

## **2. Investie d'une mission d'assistance, d'orientation et d'information, la commission doit contribuer à prévenir les litiges**

La commission de conciliation, qui est le garant des droits du patient, a un rôle d'assistance, d'orientation et d'information, notamment sur les voies de conciliation et de recours.

\*

### *2.1. Une mission d'assistance et d'orientation*

La commission de conciliation doit faciliter la mise en relation avec les acteurs concernés notamment le chef de service, un cadre infirmier, le directeur, un médecin conciliateur. L'amélioration du dialogue notamment sur le plan médical grâce à l'intervention du médecin conciliateur doit réduire le nombre de contentieux. Mais, l'usager n'est nullement tenu de faire transiter par la commission de conciliation sa réclamation ou sa demande.

Le traitement des demandes et des réclamations est formalisé par le décret. L'usager est assuré d'obtenir une réponse du directeur qui est assisté du médecin conciliateur chargé de traiter les problèmes qui interfèrent avec la médecine. En effet, les membres de la commission ont accès au registre mentionnant l'ensemble des demandes et des réclamations et des réponses apportées par le directeur. Ce registre doit recenser l'ensemble des demandes et réclamations adressées à l'établissement (directeur, président du conseil d'administration, chefs de service, médecins...) ou à la commission de conciliation. Pour respecter le secret médical et la vie privée des plaignants, le registre doit seulement mentionner les demandes et réclamations et les réponses apportées (date de la demande ou réclamation, nom de l'usager, objet de la demande ou réclamation date de la réponse). Les éventuels documents médicaux, annexés aux demandes et réclamations ou aux réponses, ne peuvent être consultés que par le médecin conciliateur s'il a reçu une autorisation écrite du plaignant. Les autres documents (non médicaux) peuvent être consultés par les membres de la commission, qui sont alors tenus au secret professionnel ([article 226-13 du code pénal](#)).

\*

### *2.2. Une mission d'information*

L'usager qui souhaite formuler une demande ou une réclamation obtient, grâce à la permanence de la commission, toutes les informations relatives aux voies et délais de recours devant l'établissement et les juridictions. L'annexe de cette circulaire précise les diverses voies et délais de recours juridictionnels. Les délais de discussion avec les membres de la commission ou d'instruction de la réclamation par les médecins conciliateurs ne doivent pas porter atteinte aux intérêts du réclamant en cas d'action devant les juridictions de droit commun. La commission de conciliation et les médecins conciliateurs sont des organes internes à l'établissement. Ces procédures sont distinctes des procédures juridictionnelles de droit commun. Aussi, il faut souligner que la saisine de la commission de conciliation n'est pas une procédure préalable

aux actions en justice. L'utilisateur n'est pas obligé de saisir la commission avant de se pourvoir devant les tribunaux. La saisine de la commission peut entraîner des délais plus ou moins longs pour l'instruction d'une réclamation. La commission doit préciser à l'utilisateur que les délais de recours contentieux ne sont pas suspendus par la saisine de la commission.

Il est souhaitable que soit mise en place une formation juridique pour les membres de la commission et les personnes (non membres) assurant la permanence. Ainsi, les usagers recevront une meilleure information et les risques de mise en cause de l'établissement en cas d'informations erronées seront diminués.

La commission, lors de ses réunions, est également informée des suites gracieuses et juridictionnelles éventuellement données aux demandes et réclamations. La commission occupe de fait une place d'observation privilégiée de certains dysfonctionnements de l'établissement ce qui conduit naturellement à porter à sa connaissance l'analyse des enquêtes de mesure de la satisfaction des patients. Sur ce dernier point, il ne s'agit pas pour autant d'en faire une commission de la qualité appréciée de façon plus globale par les professionnels couvrant dans ce domaine et fondée sur de nombreux autres paramètres.

La commission ainsi parfaitement informée en tire des enseignements qu'elle remet au directeur ou au représentant légal dans un rapport et des recommandations.

Le dispositif prévu par le décret doit conduire à une meilleure prise en compte des attentes individuelles et améliorer les conditions générales d'accueil et de séjour des patients.

\*

## II. - COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE CONCILIATION

\*

### 1. Composition

La commission de conciliation est constituée par le président de la commission médicale ou de la conférence médicale, le médecin conciliateur, un représentant de la commission du service de soins infirmiers ou d'un membre du personnel infirmier ou aide-soignant (établissements privés) et les représentants des usagers au conseil d'administration (obligatoire pour les établissements publics). S'agissant des établissements privés, il convient de noter que la participation des représentants des usagers est rendue obligatoire lorsque les représentants des usagers siègent dans l'organe délibérant de l'établissement.

La commission désigne en son sein son président et son vice-président. Le médecin conciliateur et son suppléant sont désignés, parmi les médecins exerçant ou ayant exercé dans l'établissement, par le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé, après avis de la commission médicale, du comité consultatif médical ou de la conférence médicale. La liste nominative est fixée par le directeur ou le représentant légal. La durée du mandat de chaque membre de la commission est liée à celle de l'instance dont il est issu : commission médicale, commission du service de soins infirmiers ou conseil d'administration. Le médecin conciliateur étant nommé après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale, il convient de solliciter l'avis de cette instance lors de chaque renouvellement total de cette commission ou conférence.

Les suppléants ne siègent pas si le titulaire est présent.

Le directeur de l'établissement public de santé ou le représentant légal de l'établissement de santé privé assiste aux réunions de la commission avec voix consultative. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix, dont le directeur du service de soins infirmiers, dans les établissements publics de santé, ou un cadre infirmier désigné par le représentant légal dans les autres établissements. La participation de la direction et du cadre en charge des dossiers évoqués est indispensable dans un souci de coordination et de cohérence.

\*

### 2. Fonctionnement

\*

#### 2.1. Permanences de la commission de conciliation

#### Fonctionnement

Pour exercer ses missions d'assistance, d'orientation et d'information auprès du patient et de ses proches, la commission de conciliation instituée dans chaque établissement organise une permanence d'un ou plusieurs de ses membres au sein de l'établissement. Il est souhaitable qu'une permanence soit tenue sur chacun des sites de l'établissement si celui-ci en comporte plusieurs. Dans cette situation, à défaut de disponibilité de ses membres, la commission peut faire appel à des médecins ou des infirmiers exerçant ou ayant exercé dans l'établissement.

Cette permanence aura au moins une fréquence hebdomadaire. Le nombre de personnes qui l'assure, la plage horaire et le rythme seront variables en fonction de l'importance de l'établissement.

Tout doit être mis en œuvre pour que cette permanence soit clairement identifiée, repérée et facilement accessible aux patients et à leurs proches; la date et les heures, ainsi que la liste des membres présents, doivent être affichées dans l'établissement et indiquées dans le livret d'accueil (fiche mobile permettant une actualisation rapide). Ces supports d'information doivent également rappeler les missions de la commission. Un secrétariat de cette permanence (prise de rendez-vous) peut être envisagé.

\*

#### Modalités d'action

La permanence permet à la commission d'assurer ses missions d'assistance, d'orientation et d'information sur les voies de recours. Elle doit être à la fois :

- un lieu d'écoute et d'orientation par la mise en relation du patient avec les acteurs concernés en cas de dialogue absent, insuffisant ou conflictuel avec ces derniers (directeur, chef de service, médecin du service, cadre infirmier...);

- un lieu d'information, sur les voies et délais de recours, tant devant l'établissement que les juridictions lorsque l'utilisateur ne souhaite pas dialoguer ou que le dialogue n'aboutit pas.

Il est important de souligner que cette permanence n'est un passage obligé à aucun moment du traitement de la réclamation, ni un lieu d'enregistrement des réclamations. Son rôle est de permettre d'informer et d'orienter au mieux les patients qui ne savent pas à qui s'adresser.

Les personnes assurant les permanences rendront compte à la commission de leur activité.

\*

#### 2.2. Réunions de la commission de conciliation

##### Rythme et fonctionnement

La commission se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président, ou à la demande de la majorité de ses membres, du directeur ou du représentant légal de l'établissement.

La commission établit son règlement intérieur qui peut fixer notamment les modalités d'élection du président et du vice-président, les règles de quorum pour la validité des avis émis, les garanties de l'indépendance des membres de la commission, la liste des personnes agréées pour assurer les permanences, la durée des mandats des personnes non membres de la commission assurant les permanences.

L'ordre du jour, arrêté par le président, est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion.

\*

#### Attributions

C'est au cours de ces réunions que la commission prépare ses recommandations et son rapport annuel d'activité. Cette activité est fondée sur :

- le registre des demandes et des réclamations et de leur réponse tenu par le directeur et mis à sa disposition ;

- les comptes rendus des permanences ;

- l'information qui est donnée par le directeur, du nombre, de la nature et de l'issue des recours ainsi que des suites données à ses recommandations et des résultats de l'analyse des enquêtes de satisfaction des patients ;

- le compte rendu présenté par le médecin conciliateur de ses interventions dans le respect du secret médical.

Les recommandations qui peuvent porter sur un dossier particulier ou sur l'ensemble des dossiers sont destinées au directeur. Le rapport annuel d'activité est transmis aux instances consultatives ou délibératives de l'établissement; le directeur de l'agence régionale peut en demander communication. Le rapport annuel d'activité qui doit être anonyme pourrait utilement mentionner la nature et l'objet des demandes et réclamations, les délais de réponse, les suites données, le nombre de réunions de la commission...

\*

### III. - RÔLES DU DIRECTEUR ET DU MÉDECIN CONCILIATEUR

\*

#### **1. Rôle du directeur ou du représentant légal**

Le terme "directeur" doit être entendu comme l'autorité investie, par les dispositions légales, réglementaires ou statutaires, du pouvoir direct ou délégué d'engager l'établissement.

Le directeur accuse réception de chaque demande et réclamation écrites et donne la possibilité à toute personne qui ne peut s'exprimer que par oral de les voir consignées par écrit. Il répond à son auteur.

Le patient ou ses proches s'estimant victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement mettront parfois en cause l'établissement mais, plus souvent, un service, un médecin ou un agent de l'établissement.

Le directeur qui, avec le concours du médecin conciliateur, traitera la réclamation, aura plusieurs préoccupations vis-à-vis du service, du médecin ou de l'agent mis en cause.

Le directeur de l'établissement public de santé devra demander au chef de service ou de département responsable du fonctionnement technique du service ou département (article L. 714-23 du CSP) des explications sur le dysfonctionnement signalé. Il reviendra, en général, au chef de service ou de département de faire le point de la situation et d'organiser les mesures correctrices nécessaires.

Il revient au directeur d'informer le médecin ou l'agent mis en cause, de lui permettre d'exprimer son point de vue, de porter à sa connaissance tout fait nouveau et de l'inviter à faire de même à son égard et à l'égard du médecin conciliateur.

Il appartient donc au directeur de l'établissement public de santé de mettre en œuvre de façon appropriée les dispositions statutaires associant les principes de responsabilité et de protection de chaque agent public, découlant notamment des articles 11, 19, 28 et 29 du titre 1er, du statut général des fonctionnaires.

Les travaux de la commission doivent également conduire le directeur à prendre des mesures concrètes auprès des services ou structures concernés et notamment: veiller avec le chef de service à la mise en œuvre des recommandations, l'inviter à signaler toute difficulté d'application des recommandations de la commission ainsi qu'à transmettre toute suggestion d'amélioration des relations avec le patient ou ses proches.

#### **2. Rôle du médecin conciliateur**

Les demandes et réclamations susceptibles de mettre en cause l'activité médicale sont communiquées au médecin conciliateur. Si un médecin conciliateur est concerné par une réclamation, son rôle doit être assuré par son suppléant ou par le président de la commission médicale ou de la conférence médicale.

Le médecin conciliateur rencontre le patient ou ses proches lorsqu'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers. Il facilite le dialogue avec l'équipe médicale. Lorsqu'il souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès. Le médecin conciliateur leur communique les informations médicales dans le respect des règles de déontologie pour le patient ou son représentant légal, dans le respect des règles du secret médical pour les ayants droit du malade.

Le médecin conciliateur rend compte de son intervention ou de son action au directeur de l'établissement public de santé ou au représentant légal de l'établissement privé ainsi qu'à la commission.

Le rôle ainsi impartit au médecin conciliateur exige de lui une grande disponibilité et un savoir-faire certain. Il doit présenter des qualités importantes d'écoute et de savoir communiquer. Pour être efficace, il devra bénéficier, notamment auprès de ses confrères, d'une autorité morale reconnue. Dans ces conditions, son intervention sera admissible en termes déontologiques sur des questions mettant en cause l'indépendance professionnelle de chaque praticien dans l'exercice de son art.

Vous voudrez bien me faire connaître toute difficulté que vous pourriez rencontrer à l'occasion de la mise en place ou dans le fonctionnement de la commission de conciliation.

\*

## **ANNEXE I** VOIES ET DÉLAIS DE RECOURS DES USAGERS

\*

### **1. Action civile contre l'établissement public de santé**

*(devant la juridiction administrative, pour réparation pécuniaire du préjudice)*

Une demande d'indemnisation pour préjudice doit être faite auprès de l'établissement, sous forme d'une requête amiable:

Cette demande est un préalable obligatoire à tout recours contentieux. Délai de saisine de l'établissement hospitalier :

Le délai est de 4 ans à compter de la réalisation du dommage, étant entendu que le délai court à compter du 1er janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle l'évènement est survenu (en cas de décès, la date du décès ; en cas de consolidation, la date de la consolidation ; mais, en cas d'hépatite C ou de sida : il n'existe pas de délai).

Délai de recours contentieux :

- en cas de rejet de la demande : le requérant dispose d'un délai de 2 mois pour saisir le tribunal administratif (requête déposée au greffe du tribunal) ;

- en cas de rejet implicite (absence de réponse dans les 4 mois suivant la demande) : pour un recours en excès de pouvoir (demande d'annulation d'un acte), le requérant dispose de 2 mois pour saisir le tribunal administratif ; pour un recours en dommages et intérêts, le requérant n'est pas tenu par un délai mais l'administration pourra faire valoir la prescription quadriennale après 4 années pleines.

Le tribunal administratif peut être saisi directement en cas de référé pour expertise médicale.

Lorsque le requérant a parallèlement saisi le juge pénal, le juge administratif, qui peut se faire communiquer le dossier de l'instruction pénale, sursoit à statuer dans l'attente de la décision répressive.

Une ordonnance de non-lieu ou un jugement de relaxe ne met pas obstacle à la condamnation de l'hôpital public.

Procédure devant la juridiction administrative (durée: en moyenne: 2 à ans) :

Le jugement du tribunal administratif est précédé d'une requête introductive d'instance, puis d'un échange de mémoires.

*La faute détachable du service public hospitalier (ne concerne pas les établissements privés participant au service public hospitalier)*

La faute est détachée du service public hospitalier lorsqu'il s'agit d'une faute personnelle.

Une telle faute peut donner lieu à une responsabilité pécuniaire propre de l'agent. Sa réparation n'incombe plus dans ce cas à l'établissement public de santé.

Une infraction pénale ne constitue pas obligatoirement une faute personnelle. De même, elle n'entraîne pas automatiquement la saisine de la juridiction répressive.

La faute personnelle relève de la compétence des tribunaux judiciaires. De ce fait, lorsque l'action publique est engagée, la juridiction peut condamner l'intéressé tout à la fois sur le plan civil et sur le plan pénal.

S'il n'y a pas d'action pénale, le juge de grande instance est compétent.

\*

## **2. Action contre l'établissement Privé de santé**

*(devant la juridiction civile pour réparation pécuniaire du préjudice)*

Le médecin a une obligation de moyens, sa responsabilité ne peut être engagée au regard de ce principe que si une faute a été commise au cours des soins.

Cependant, ce principe est à nuancer puisque la jurisprudence tend à s'orienter vers une obligation de sécurité résultat en ce qui concerne les chirurgiens depuis un jugement du tribunal de grande instance de Paris en date du 5 mai 1997.

Saisine du tribunal d'instance :

Les litiges portés devant le tribunal d'instance doivent être d'un montant inférieur à 50 000 F depuis le décret du 28 décembre 1998.

Un avocat n'est pas obligatoire mais le dossier doit prouver la faute, le préjudice et le lien de causalité entre la faute et le préjudice.

Cette procédure est valable quand il n'y a pas de problème particulier de preuve, que la responsabilité est claire et le préjudice faible.

Si le litige est inférieur à 25 000 F, la victime peut faire convoquer l'adversaire par simple demande au greffe sinon, il faut demander à un huissier de le convoquer.

La victime n'est en aucun cas tenue de passer par la phase amiable de réclamation auprès de l'assureur avant d'intenter une action en responsabilité devant le juge civil.

Saisine du tribunal de grande instance :

La présence d'un avocat est obligatoire et il est tenu de tenir la victime rigoureusement informée du déroulement de l'affaire et en particulier de lui communiquer la position de son adversaire.

L'appel devant la Cour d'appel ainsi que le pourvoi en cassation ne sont pas suspensifs.

Le tribunal de grande instance est compétent pour les litiges supérieurs à 50 000 F en matière de :

- préjudice patrimonial ou matériel : frais et pertes d'argent liés à l'accident ;
- préjudice extra-patrimonial ou moral : préjudice esthétique, prix de la douleur.

Une procédure en référé est possible pour faire cesser un trouble manifestement illicite.

Délai de prescription:

Le délai est de 30 ans à dater de l'évènement dommageable.

Procédure devant la juridiction civile :

La durée devant le tribunal d'instance est en moyenne de 18 mois et devant le tribunal de grande instance de 7 mois.

\*

### **3. Action pénale**

*(pour condamnation de l'auteur du dommage)*

*(établissements de santé publics et privés)*

Le dépôt de la plainte doit être effectué auprès du procureur de la République.

Une enquête sera menée par la police judiciaire.

La constitution de partie civile peut permettre à la victime d'être partie au procès et de faire appel des décisions rendues.

Le juge d'instruction chargé d'instruire l'affaire procède à l'audition des personnels concernés, fait effectuer les perquisitions et les saisies qu'il estime nécessaires. Il délivre pour cela des commissions rogatoires aux officiers de police ou de gendarmerie.

Une expertise est systématiquement ordonnée par le magistrat instructeur. Le procureur prononcera selon le cas :

- soit une ordonnance de non-lieu (classement de l'affaire) ;

- soit une ordonnance de renvoi devant une juridiction. Cette juridiction est généralement le tribunal correctionnel, en raison de la nature délictuelle des incriminations retenues.

La date de prescription de cette action publique est celle de droit commun (trois ans en matière correctionnelle).

Le point de départ du délai aboutissant à la prescription est, selon la jurisprudence, non pas la date à laquelle l'acte prétendument fautif a été accompli, mais celle de la consolidation de l'incapacité ou du décès.

Des sanctions pénales assortissent le non-respect des dispositions de la loi du 27 juin 1990 (articles L. 352 à L. 354 du code de la santé publique). Elles concernent le directeur ou les médecins de l'établissement dans les circonstances où les garanties établies par les textes au bénéfice du patient ne seraient pas respectées.

\*

### **4. L'aide juridictionnelle**

L'aide juridictionnelle est prévue par la loi du 10 juillet 1991.

Elle ne peut être demandée que par : "les personnes physiques dont les ressources sont insuffisantes pour faire valoir leurs droits en justice".

Cette aide est totale ou partielle.

Sont admises au bénéfice de l'aide juridictionnelle :

- les personnes physiques de nationalité française ;

- les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ;
- les personnes de nationalité étrangère résidant habituellement et régulièrement en France.

Toutefois, l'aide juridictionnelle peut être accordée à titre exceptionnel aux personnes ne remplissant pas les conditions fixées auparavant, lorsque leur situation apparaît particulièrement digne au regard de l'objet du litige ou des charges prévisibles du procès.

Les ressources mensuelles afin de bénéficier de l'aide ne doivent pas être supérieures à 4 400 F pour une prise en charge totale et 6 600 F pour une prise en charge partielle.

Ces plafonds sont affectés de correctifs pour charges de famille.

Les personnes bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité ou du Revenu Minimum d'Insertion sont dispensées de justifier de l'insuffisance de leurs ressources.

Toute personne admise à l'aide juridictionnelle en conserve de plein droit le bénéfice pour se défendre en cas d'exercice d'une voie de recours.

L'admission à l'aide juridictionnelle est prononcée par un bureau d'aide juridictionnelle établi au siège de chaque tribunal de grande instance.

L'aide peut être demandée avant ou pendant l'instance.

Une aide à l'accès au droit est possible pour assister les personnes en cas de procédure non juridictionnelle.

\*

## **ANNEXE II**

### **LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS**

Dans les établissements de santé privés, la quasi-totalité des praticiens exercent à titre libéral (en toute indépendance). Ils sont liés à la clinique par un contrat d'exercice. Ce contrat est verbal ou écrit, en tout cas exclusif de liens de subordination.

A la différence de l'hôpital, la clinique ne saurait en principe être tenue pour responsable des fautes médicales commises par les médecins qui y exercent.

La responsabilité des cliniques est de plus en plus souvent retenue par référence à l'activité médicale elle-même.

\*

#### **1. La responsabilité hospitalière des cliniques : accueil et hébergement des patients**

Dans ce domaine, la clinique doit faire face à une obligation de résultat. Elle peut s'en dégager en apportant la preuve d'une cause étrangère.

Une clinique pourra être tenue pour responsable dans les cas suivants :

- une intoxication alimentaire (patients ingérant une nourriture avariée) ;
- une explosion, un dégât des eaux, une pollution, un incendie ;
- un vol commis au détriment d'un patient hospitalisé ou d'un visiteur (loi du 6 juillet 1992 et décret du 27 mars 1993) ;

- la perte d'une prothèse dentaire ou auditive qui aura été jetée par mégarde ;
- la chute d'un patient ou d'un visiteur sur un carrelage glissant ou provoquée par l'absence de signalisation d'une marche dangereuse.

Cette liste n'est pas limitative.

\*

## **2. La responsabilité de la clinique du fait de son personnel salarié**

La clinique est tenue de mettre à la disposition des patients un personnel qualifié et formé. Il s'agit a priori d'une obligation de moyens nécessitant pour le patient d'apporter la preuve de la faute de la clinique, pour que celle-ci engage sa responsabilité.

Cependant quelques décisions récentes de jurisprudence laissent à penser que cette obligation de moyens pourrait évoluer vers une quasi-obligation de sécurité amenant la clinique à engager sa responsabilité, même sans faute.

La clinique est responsable, en tant qu'employeur, des fautes commises par son personnel, notamment infirmier. Encore faut-il opérer une distinction entre les actes réalisés dans le cadre du prolongement de l'activité du prati-

\*

\*

## **ANNEXE II**

### **LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS**

Dans les établissements de santé privés, la quasi-totalité des praticiens exercent à titre libéral (en toute indépendance). Ils sont liés à la clinique par un contrat d'exercice. Ce contrat est verbal ou écrit, en tout cas exclusif de liens de subordination.

A la différence de l'hôpital, la clinique ne saurait en principe être tenue pour responsable des fautes médicales commises par les médecins qui y exercent.

La responsabilité des cliniques est de plus en plus souvent retenue par référence à l'activité médicale elle-même.

#### **1. La responsabilité hospitalière des cliniques : accueil et hébergement des patients**

Dans ce domaine, la clinique doit faire face à une obligation de résultat. Elle peut s'en dégager en apportant la preuve d'une cause étrangère.

Une clinique pourra être tenue pour responsable dans les cas suivants :

- une intoxication alimentaire (patients ingérant une nourriture avariée) ;
- une explosion, un dégât des eaux, une pollution, un incendie ;
- un vol commis au détriment d'un patient hospitalisé ou d'un visiteur (loi du 6 juillet 1992 et décret du 27 mars 1993) ;
- la perte d'une prothèse dentaire ou auditive qui aura été jetée par mégarde ;
- la chute d'un patient ou d'un visiteur sur un carrelage glissant ou provoquée par l'absence de signalisation d'une marche dangereuse.

Cette liste n'est pas limitative.

\*

## **2. La responsabilité de la clinique du fait de son personnel salarié**

La clinique est tenue de mettre à la disposition des patients un personnel qualifié et formé. Il s'agit a priori d'une obligation de moyens nécessitant pour le patient d'apporter la preuve de la faute de la clinique, pour que celle-ci engage sa responsabilité.

Pendant quelques décisions récentes de jurisprudence laissent à penser que cette obligation de moyens pourrait évoluer vers une quasi-obligation de sécurité amenant la clinique à engager sa responsabilité, même sans faute.

La clinique est responsable, en tant qu'employeur, des fautes commises par son personnel, notamment infirmier.

Encore faut-il opérer une distinction entre les actes réalisés dans le cadre du prolongement de l'activité du praticien (et sous la responsabilité de celui-ci) et les soins hospitaliers proprement dits (soins infirmiers à la charge de la clinique dans la phase opératoire et de réveil anesthésique ou assistance à un geste médical accompli par un chirurgien ou un anesthésiste).

\*

### *Responsabilité de la clinique*

La jurisprudence a retenu la responsabilité de la clinique du fait de la mauvaise exécution des examens et prescriptions médicamenteuses ordonnés par le médecin, et en particulier :

- du fait d'erreurs commises dans la distribution des médicaments ;
  
- du fait de brûlures causées par des bouillottes ou des rampes chauffantes, leur surveillance étant détachable de l'acte chirurgical, l'anesthésiste et le chirurgien ayant quant à eux la charge de prodiguer des soins et de maintenir en vie un malade en état de choc et ne pouvant, dans ces conditions, surveiller ce que fait le personnel infirmier dans un domaine qui n'est pas le leur ;
  
- du fait de piqûres mal réalisées ou de l'oubli par une infirmière d'un cathéter en enlevant une perfusion ;
  
- du fait d'une mauvaise stérilisation du matériel, la clinique étant tenue de fournir au chirurgien un matériel en bon état stérile ;
  
- du fait de fautes de surveillance commises par le personnel salarié de la clinique (sages-femmes, infirmières...).

\*

### *Responsabilité des médecins*

Dans certains cas, la jurisprudence considérant que les cliniques ne sauraient voir engager leur responsabilité à raison des actes purement médicaux et chirurgicaux des praticiens exerçant leur art librement, c'est la responsabilité des médecins qui a été retenue à l'occasion de fautes commises par des infirmières agissant en salle d'opération sous le contrôle et les ordres du chirurgien. On considère alors que les infirmières deviennent les préposées occasionnelles du praticien sous la direction et l'autorité duquel elles exercent, et qu'elles engagent la responsabilité de ce dernier.

\*

## **3. Dommages résultant des matériels et équipements médicaux**

Le matériel est généralement acquis par la clinique et utilisé par les praticiens.

La clinique doit répondre à une obligation de résultat en mettant à disposition du matériel en bon état (entretien, maintenance, renouvellement). Certains contrats d'exercice peuvent prévoir des dispositions spécifiques (achat par les praticiens).

Le médecin n'étant pas le préposé de la clinique, on peut considérer que c'est en application d'un prêt à usage qu'il se sert du plateau technique et du matériel que la clinique met à sa disposition.

\*

### *Responsabilité de la clinique*

En tant que propriétaire du matériel, une clinique peut voir sa responsabilité retenue à l'occasion de dommages subis par

.un malade (barrières de protection du lit insuffisantes, bistouris électriques défectueux...).

\*

#### *Responsabilité du praticien*

Hormis le cas d'une mauvaise utilisation du matériel, qui ne se différencie pas de la faute technique, la responsabilité du praticien peut se relever en cas d'utilisation d'un matériel défectueux en connaissance de cause ou faute pour le praticien d'avoir averti l'établissement du caractère défectueux du matériel.

\*

#### **4. La responsabilité des cliniques du fait de l'organisation médicale**

De plus en plus souvent, la jurisprudence retient la responsabilité *in solidum* du médecin et de la clinique en ce qui concerne l'activité médicale elle-même.

C'est la raison pour laquelle une clinique ne peut se désintéresser de l'organisation médicale :

- la clinique peut être retenue responsable d'une mauvaise organisation de ses plannings ;
- la clinique a l'obligation d'assurer une présence médicale convenable ;
- la clinique doit vérifier les diplômes et titres médicaux des praticiens qui y exercent.

\*

\*

#### **ANNEXE III**

#### RECOMMANDATIONS SUR L'INFORMATION DU PATIENT

\*

Depuis une jurisprudence de 1951, l'obligation était faite au patient de rapporter la preuve qu'il n'avait pas été informé par son médecin.

Dans un arrêt en date du 25 février 1997, la Cour de cassation pose désormais l'obligation pour le médecin de prouver qu'il a bien informé son patient des risques, des moyens diagnostiques et des solutions thérapeutiques nécessités par son état.

La chambre civile a donc renversé la charge de la preuve et renforcé l'article 35 du code de déontologie qui dispose que : "le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, sur les investigations et sur les soins qu'il lui propose".

Désormais, le doute sur l'existence de l'information profite au patient et non plus au praticien.

Si le médecin ne parvient pas à apporter la preuve de la réalité de l'information, il sera condamné.

Toutefois, s'il prouve avoir informé le patient, c'est à ce dernier qu'il appartient de démontrer que l'information était inexacte, incomplète ou ambiguë.

Un arrêt en date du 14 octobre 1997 confirme cette jurisprudence puisque la Cour de cassation a estimé que : "l'information claire, loyale et appropriée" doit porter sur tous les risques graves et non pas exceptionnels.

Elle renforce également l'obligation d'information à la charge non seulement du médecin qui effectue la prescription mais aussi de celui qui prescrit l'intervention.

Bien que la Cour de cassation ne l'impose pas, cette nouvelle jurisprudence devrait amener les médecins à confirmer par

écrit l'information qu'ils ont donné au préalable oralement, en sachant que l'écrit même s'il n'est pas encore imposé, constitue le moyen de preuve juridiquement le plus efficace.

S'il est évident qu'une telle information ne doit pas nécessairement se traduire par un inventaire de toutes les applications possibles, elle doit au moins porter sur l'affection dont souffre le patient sur les risques de sa maladie et sur les soins envisagés ainsi que les risques inhérents à ceux-ci.

Un tel document ne peut pas, en tout état de cause, constituer une décharge de responsabilité à l'égard du patient.

Il est recommandé d'établir un formulaire d'information et de consentement daté et signé par le patient qui atteste que celui-ci a bien reçu toute l'information appropriée à son cas sur le diagnostic et le traitement proposé, qu'il a eu la possibilité de poser toute question complémentaire et qu'il a reçu les réponses satisfaisantes à ses questions.

Le formulaire doit préciser que le patient a, en particulier, été informé des arguments intervenus pour le choix de la thérapeutique, des conséquences éventuelles de ce choix et des risques qui y sont liés.

Le formulaire doit attester que les actes diagnostiques ou le traitement proposés ne sont pas imposés par un caractère d'urgence ou de danger immédiat ; de ce fait, le patient peut donc en toute conscience donner son consentement à la réalisation des actes médicaux proposés.

Un autre formulaire peut être rédigé pour chacune des spécialités engagées dans la prise en charge du patient dès lors que l'acte diagnostique ou thérapeutique implique l'intervention de pratiques de spécialités différentes avec des actes comportant des risques spécifiques à chacune de ces spécialités.

\*  
\*

#### **ANNEXE IV**

##### PLAINTES DEVANT LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

*(pour condamnation professionnelle de l'auteur du dommage)*

\*

Les plaintes adressées au Conseil de l'ordre, et qui concernent les médecins hospitaliers à l'occasion des actes de leur fonction publique, sont transmises, pour instruction, aux hôpitaux.

Les médecins chargés d'un service public ne peuvent être traduits devant le conseil régional de l'ordre, juridiction disciplinaire, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par :

- le ministre chargé de la santé ;
- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ;
- le procureur de la République.

(art. L. 418 du code de la santé publique).

Les poursuites disciplinaires devant l'Ordre sont indépendantes de toute autre poursuite (action devant les juridictions répressives, action disciplinaire administrative, demande de réparation financière devant la juridiction administrative).

La procédure est enfermée dans un délai : le conseil régional doit statuer dans les six mois du dépôt de la plainte. Elle est écrite, secrète et contradictoire.

Une enquête est menée par le conseil départemental compétent de l'Ordre, avec convocation de l'intéressé. La plainte et le résultat de l'enquête sont transmis au conseil régional de l'ordre pour décision.

Un appel à cette décision est possible dans un délai de 30 jours devant le Conseil national de l'Ordre.

\*

#### **ANNEXE V**

##### RECOURS DEVANT LA COMMISSION D'ACCÈS AUX DOCUMENTS ADMINISTRATIFS (CADA)

*(Loi du 17 juillet 1978)*

Le droit de toute personne à l'information est garanti par le présent titre en ce qui concerne la liberté d'accès aux documents administratifs de caractère non nominatif.

Sont considérés comme documents administratifs au sens du présent titre tous dossiers, rapports, études, comptes rendus, procès-verbaux, statistiques, directives, instructions, circulaires, notes et réponses ministérielles qui comportent une interprétation du droit positif ou une description des procédures administratives, avis, à l'exception des avis du Conseil d'Etat et des tribunaux administratifs, prévisions et décisions revêtant la forme d'écrits, d'enregistrements sonores ou visuels, de traitements automatisés d'informations, non nominatives (article 1 - Loi du 17 juillet 1978 modifiée).

Sous réserve des dispositions de l'article 6, les documents administratifs sont, de plein droit, communicables aux personnes qui en font la demande, qu'ils émanent des administrations de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics ou des organismes, fussent-ils de droit privé, chargés de la gestion d'un service public (article 2 - Loi du 17 juillet 1978 modifiée).

L'article 6 précité vise notamment le secret de la vie privée, les dossiers personnels et médicaux. Mais, le secret de la vie privée et le secret médical ne sont pas opposables aux personnes concernées (article 6 - Loi du 17 juillet 1978 modifiée).

Refus de communication d'un document administratif :

- en cas de refus exprès. le délai de saisine de la CADA est de 2 mois ;
- en cas de refus tacite: pas de délai de saisine de la CADA ;
- en cas de réponse incomplète: un délai d'un mois doit être observé avant de saisir la CADA.

Saisine de la CADA: elle constitue un préalable obligatoire à tout recours contentieux :

- par lettre simple, assortie de la copie de la demande initiale ou de la lettre de refus ;
- enregistrement de la requête au secrétariat de la CADA ;
- délai d'un mois pour :
  - accuser réception au requérant ;
  - notifier un avis à l'administration ;
- si l'avis est favorable : l'administration dispose d'un délai d'un mois pour informer la CADA de la suite donnée.

Recours contentieux :

L'avis de la CADA ne peut faire l'objet d'un recours en annulation.

C'est le refus de l'administration, après saisine de la CADA, confirmant le refus initial, qui permet d'attaquer la décision devant le tribunal administratif.

Délai de recours devant le tribunal administratif :

- refus exprès : 2 mois après la notification de la décision ;
- refus tacite (sans réponse 2 mois après l'enregistrement de la requête par la CADA) : délai prolongé jusqu'à la notification de la décision ;
- réponse incomplète: nouvelle saisine de la CADA.

Pour la communication d'un dossier médical, les démarches de recours devant le tribunal administratif doivent être effectuées par le médecin désigné par le patient.

## **ANNEXE VI**

### **RECOURS DEVANT LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS (CNIL)**

*(Loi du 6 janvier 1978)*

\*

En cas de refus d'accès au fichier opposé au requérant :

La saisine de la CNIL doit être effectuée par le requérant, par lettre simple. Il en résulte :

- soit une absence de réponse de la CNIL durant quatre mois : la demande doit être considérée comme rejetée ;
- soit une intervention de la CNIL pour régler le litige à l'amiable.

En cas de réponse positive de l'administration :

- la partie du fichier à caractère social ou administratif doit être communiquée directement au patient ;
- la partie médicale du fichier doit être communiquée au médecin désigné par le patient ;
- les ayants droit du malade décédé ont les mêmes droits que le patient lui-même ;
- le requérant peut exercer son droit de rectification soit lui-même, soit par le médecin qu'il a désigné - il en est de même pour les ayants droit ;
- le requérant peut exercer son droit d'opposition à la communication des informations le concernant.

En cas d'échec de l'intervention de la CNIL auprès de l'administration :

- la CNIL adresse une mise en garde solennelle sous forme d'avertissement ;
- la CNIL peut dénoncer les infractions graves au parquet; - le requérant peut lui-même saisir la juridiction répressive.

\*

## **ANNEXE VII**

### **RECOURS CONTRE UNE DÉCISION D'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE**

*(Soins de santé mentale, articles L. 326 à L. 355 du code de la santé publique. Etablissements de santé publics et privés)*

\*

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation prévoit dans deux cas la dispensation de soins sans le consentement du malade :

- l'hospitalisation du malade à la demande d'un tiers (demande d'un membre de sa famille ou celle d'une personne agissant dans son intérêt) ;
- l'hospitalisation d'office, ordonnée par le préfet, lorsque l'état d'aliénation du malade compromet l'ordre public et la sécurité des personnes.

Le juge administratif est compétent pour apprécier la régularité de la décision d'hospitalisation sous contrainte et la responsabilité de l'Etat en cas de faute.

Le juge judiciaire est seul compétent pour vérifier l'état d'aliénation mentale et le danger que présente l'intéressé pour l'ordre public, ainsi que pour connaître de la voie de fait que peut constituer un internement arbitraire.

Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par l'état de santé et la mise en œuvre du traitement.

La personne doit être informée dès l'admission, et, par la suite, de sa situation juridique et de ses droits.

Elle dispose, en tout état de cause, d'une série de droits, et notamment de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix, d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur de l'établissement.

Une procédure de référé permet à toute personne hospitalisée sans son consentement d'obtenir s'il y a lieu la sortie immédiate. Le président du tribunal de grande instance est compétent et peut à tout moment se saisir d'office (article L. 351 du code de la santé publique).

\*

## **ANNEXE VIII**

### **RECOURS EN CAS DE DOMMAGE SUBI PAR UNE PERSONNE À L'OCCASION D'UNE RECHERCHE BIOMÉDICALE**

\*

#### **La compétence juridictionnelle**

La loi donne compétence au tribunal de grande instance pour statuer sur toute action en réparation des dommages pouvant résulter d'une recherche biomédicale. L'action se prescrit au terme d'un délai de dix ans (article L. 209-22 du code de la santé publique).

#### **La responsabilité civile**

##### *Recherche avec bénéfice individuel direct*

Le promoteur est présumé responsable. Il lui appartient de prouver l'absence de faute.

##### *Recherche sans bénéfice individuel direct*

Le promoteur est responsable même en l'absence de faute.

Dans tous les cas, le promoteur doit contracter une assurance.

Ces règles sont d'ordre public. Il ne peut y être dérogé par convention.

#### **Infractions et sanctions pénales**