

**Guide du représentant des usagers
en commission de conciliation
et d'indemnisation des accidents
médicaux (CRCI)**

Depuis un décret du 2 mars 2012, les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux ont perdu leur « R » de « régionale » en raison du projet de création d'une deuxième commission au sein de la région Ile-de-France. Or cette modification ne va pas sans poser un certain nombre de difficultés.

Passons encore sur le caractère peu orthodoxe et juridiquement peu rigoureux de la démarche consistant à modifier le nom d'une instance par voie réglementaire sans modification des textes législatifs. Le principal problème réside dans le fait que le nouvel acronyme ainsi créé (CCI) a le fâcheux défaut d'être identique à celui des Chambres de Commerce et de l'Industrie, instances connues sous cette dénomination depuis 1898 !

Face à la méconnaissance déjà assez constatée de ce dispositif par les usagers, il aurait sans doute été préférable d'éviter un tel parasitage.

Le CISS fait donc, au sein de ce guide, de la résistance en maintenant le sigle « CRCI ».

Édito

Le dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, issu de la Loi du 4 mars 2002, est maintenant en place depuis plus de 10 ans. Nous y sommes toujours fortement attachés en ce qu'il a incontestablement élargi l'accès au droit à indemnisation, proposant un dispositif alternatif ou complémentaire à la voie juridictionnelle.

Cependant, force est de constater un certain nombre de dérèglements plus ou moins graves dans son fonctionnement :

- Les seuils d'accès au dispositif posent problème. D'abord parce qu'ils sont trop élevés et nous maintenons, en la matière, notre revendication d'abaissement du seuil d'AIPP (atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique). Ensuite parce qu'ils sont souvent mal évalués, au niveau de l'AIPP du fait que certaines CRCI lui affectent l'état antérieur ; et au niveau du déficit fonctionnel temporaire, pour lequel de trop nombreux experts en font une estimation trop sommaire.

- La qualité de l'expertise est menacée par la désignation de plus en plus fréquente d'experts non-inscrits sur la liste des experts en accidents médicaux élaborée par la CNAMED, qui peut se traduire par des compétences et une formation potentiellement insuffisantes.

- L'évaluation des besoins en aide-humaine des victimes d'accidents médicaux est trop souvent sous-estimée.

- Enfin, les conditions de l'indemnisation, c'est-à-dire la traduction financière des avis des CRCI, se dégradent tant du point de vue des délais de mise en œuvre que des montants, en raison de la non réévaluation du référentiel d'indemnisation.

Or, pour maintenir le dispositif dans toute son efficacité, il est essentiel de veiller à ce qu'il ne devienne pas une « sous justice ». Si la simplicité, la gratuité et la rapidité de la procédure sont essentielles, il est primordial que l'indemnisation ne soit pas inférieure à celle obtenue devant les juridictions.

Marc Morel, *Directeur du CISS*

Sommaire

1. INTRODUCTION À LA REPRÉSENTATION DES USAGERS DANS LES PROCÉDURES D'INDEMNISATION

A/ LES ORGANISMES, LEURS MISSIONS, COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT	7
A-I/ Les commissions de conciliation et d'indemnisation (CRCI)	7
A-II/ L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)	8
A-III/ La Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed)	9
B/ CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE D'INDEMNISATION	9
B-I/ Conditions d'accès au dispositif d'indemnisation	9
B-II/ Saisine de la commission de conciliation et d'indemnisation	11
B-III/ Traitement du dossier par la CRCI	11
B-IV/ Indemnisation de la victime suite à l'avis CRCI	12
a/ En cas de responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé	
b/ En cas d'aléa thérapeutique	
c/ En cas d'infection nosocomiale	
C/ VOTRE MISSION DE REPRÉSENTANT DES USAGERS EN CRCI	16
C-I/ À quoi faire attention ?	16
a/ Respectez les grands principes légaux	
b/ La CRCI au quotidien	
C-II/ Qu'attend-on de moi ?	20

2. LES MODALITÉS DE L'INDEMNISATION

A/ INDEMNISATION DES VICTIMES DIRECTES	21
A-I/ Les préjudices patrimoniaux	21
a/ Avant consolidation : les préjudices temporaires	21
> Les dépenses de santé actuelles	
> Le forfait journalier hospitalier	
> Les pertes de gains professionnels actuels	
> Les frais divers	
b/ Après consolidation : les préjudices définitifs	23
> Les dépenses de santé futures	
> Les frais de logement adapté	
> Les frais de véhicule adapté	
> L'assistance par tierce personne	
> Les pertes de gains professionnels futurs	
> L'incidence professionnelle	
> Le préjudice scolaire, universitaire ou de formation	
A-II/ Les préjudices extrapatrimoniaux	28
a/ Avant consolidation	28
> Le déficit fonctionnel temporaire	
> Les souffrances endurées / le pretium doloris	
> Le préjudice esthétique temporaire	

b/ Après consolidation.....	30
> Le déficit fonctionnel permanent	
> Le préjudice d'agrément	
> Le préjudice esthétique permanent	
> Le préjudice sexuel	
> Le préjudice d'établissement	
> Les préjudices permanents exceptionnels	
c/ Les préjudices extrapatrimoniaux évolutifs - hors consolidation.....	33
B/ INDEMNISATION DES AYANTS DROIT DES VICTIMES DÉCÉDÉES	33
B-I/ Indemnisation des préjudices économiques	33
a/ Les pertes de revenus	
b/ Les frais funéraires	
c/ Les frais divers	
B-II/ Indemnisation des préjudices personnels	34
a/ Le préjudice d'accompagnement	
b/ Le préjudice d'affection (ou préjudice moral)	
C/ INDEMNISATION DES AYANTS DROIT DES VICTIMES EN VIE	34
C-I/ Indemnisation des préjudices économiques	34
a/ Les pertes de revenus	
b/ Les frais divers	
C-II/ Indemnisation des préjudices personnels	34
a/ Le préjudice d'affection (ou préjudice moral)	
b/ Le préjudice extrapatrimonial exceptionnel	

Annexes

A/ Glossaire juridique	36
B/ Glossaire médical.....	39
C/ Contacts utiles	41
D/ Documents utiles	42
E/ Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM.....	44

Introduction à la représentation des usagers dans les procédures d'indemnisation

La représentation des usagers apparaît avec l'ordonnance du 24 avril 1996, au sein des établissements publics de santé. Elle prend plus d'ampleur avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Créées par cette même loi, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ont pour objectif de favoriser le règlement amiable des litiges nés d'une relation de soins ainsi que de faciliter la réparation des préjudices subis par les victimes d'accidents médicaux fautifs ou non fautifs. Une large place a été faite aux usagers au sein de ces commissions puisque six représentants des usagers y siégeaient initialement jusqu'au décret du 9 janvier 2014 qui a réduit le nombre des membres de la CRCI et ramené celui des représentants des usagers à 3.

Ce dispositif gratuit et rapide est activement soutenu par le CISS car il élargit l'accès aux droits des victimes d'accidents médicaux, particulièrement de celles, isolées et démunies, qui n'auraient jamais eu recours aux tribunaux. Depuis dix ans, les associations ont veillé au respect du principe général de la réparation intégrale des préjudices des victimes d'accident médical, en siégeant au sein des

instances techniques et politiques de ce dispositif d'indemnisation que sont les CRCI, la CNAMed et l'ONIAM.

Beaucoup, trop, d'inquiétudes se font jour sur la préservation de cette procédure telle qu'elle a été pensée par le législateur de 2002 : méconnaissance du grand public, expertises dégradées, seuils d'accès trop restreints, défaut d'harmonisation des avis, défaut d'indemnisation malgré un avis positif de la commission, non revalorisation des référentiels d'indemnisation... Autant de sujets qui préoccupent les associations.

Dans ce contexte, la mission du représentant des usagers au sein de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation, si elle peut paraître parfois technique, parfois pesante, parfois chronophage, demeure primordiale afin de favoriser la meilleure prise en compte des usagers du système de santé qui, au détour d'un acte de soins, de prévention ou de diagnostic, dont ils attendaient une solution thérapeutique à leur problème de santé, sont devenus des victimes et ont vu leur vie dégradée et bouleversée.

I – LES COMMISSIONS DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION (CRCI)

Rôle des Commissions

Les Commissions de conciliation et d'indemnisation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes, aux infections nosocomiales et aux recherches biomédicales, ainsi que tout litige entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé, organismes ou producteurs de produits de santé.

Cette commission a une double fonction : une fonction liée à l'indemnisation et une fonction de conciliation.

Composition de la Commission

Chaque CRCI comprend 1 président, 12 membres titulaires et 24 membres suppléants qui ne participent aux délibérations qu'en l'absence du titulaire. Les membres sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable.

Outre son président qui est un magistrat dans chaque séance doivent siéger :

- trois représentants des usagers **proposés par les associations agréées d'usagers du système de santé** ;
- au titre des professionnels de santé :
 - un représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
 - un praticien hospitalier désigné après avis des instances régionales des organisations syndicales représentatives ;
- au titre des responsables d'institutions et d'établissement de santé :
 - un responsable d'établissement public de santé proposé par les organisations d'hospitalisation publique les plus représentatives au plan régional ;
 - deux responsables d'établissements de santé privés désignés par les organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan régional, dont un représentant des organisations d'hospitalisation privée à but non lucratif participant au service public hospitalier ;

La procédure amiable d'indemnisation est réservée aux préjudices graves. Pour les accidents ne présentant pas de caractère de gravité, la Commission peut exercer sa fonction de conciliation. Par ailleurs, la saisine de la Commission n'est pas un préalable obligatoire à la procédure contentieuse, les victimes peuvent aussi saisir directement les tribunaux judiciaires ou administratifs.

Avant d'émettre un avis, dans un délai de six mois environ, la Commission diligentera une expertise médicale sauf si le seuil de recevabilité n'est manifestement pas atteint.

- le directeur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ou son représentant ;
- un représentant des entreprises pratiquant l'assurance responsabilité civile médicale ;
- deux personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.
- Deux suppléants, qui ne participent aux délibérations qu'en l'absence du titulaire, sont nommés pour chacun des membres de la Commission. Les membres sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable.

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**.

Le président, le ou les présidents adjoints ainsi que tous les membres, titulaires et suppléants de la CRCI sont soumis à une obligation de **déclaration publique d'intérêts**.

La **CRCI** ne peut délibérer qu'en présence d'au moins cinq de ses membres. Dans le cas contraire, une nouvelle séance se tient, sans obligation de quorum, au terme d'un délai de quinze jours. 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.

Mission de conciliation

Depuis l'entrée en fonction effective des Commissions, la fonction de conciliation reste méconnue. Si les **CRCI** ont pour première mission de réparer les conséquences des risques sanitaires, leur fonction de conciliation n'en demeure pas moins primordiale.

La mission de conciliation ne saurait se limiter à des cas de médiations financières pour des dossiers déclarés irrecevables ou rejetés par la mission indemnisation.

L'article L1114-4 du Code de la Santé publique (CSP) dispose que « la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L1142-5 du CSP réunie en formation de conciliation peut être saisie, par toute personne, de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ».

Ainsi, la Commission peut agir en ce sens après saisine de :

- un usager s'estimant victime de la violation d'un de ses droits (respect de la dignité, de sa vie privée, du secret des informations, information sur son état de santé, accès au dossier médical, etc.);
- une association ou une personne estimant que les droits des usagers du système de santé n'ont pas été respectés (représentation par les seules associations agréées, fonctionnement de la Commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans chaque établissement, etc.).

Cette mission de conciliation peut être déléguée par la Commission « à un ou plusieurs médiateurs indépendants » (article L1142-5, alinéa 3 du CSP) qui agissent « dans la limite des compétences dévolues », « disposent des mêmes prérogatives » que les membres de la Commission et « sont soumis aux mêmes obligations ».

II – L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX (ONIAM)

Missions de l'ONIAM

Établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé, l'ONIAM est chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, dans le cadre de la procédure devant la CRCI, en cas d'aléa thérapeutique ou de silence de l'assureur du responsable.

Depuis sa création par la loi du 4 mars 2002, de nouvelles missions ont été confiées à l'ONIAM, notamment (article L1142-22 CSP) :

- Indemnisation des victimes des traitements par l'hormone de croissance extractive.
- Indemnisation des victimes de vaccinations obligatoires.

- Indemnisation des victimes du traitement de radiothérapie, suivi au Centre Hospitalier Jean Monnet d'Épinal.
- Indemnisation des victimes d'accidents médicaux résultant des mesures d'urgence prises en cas de menace sanitaire grave.
- Indemnisation des victimes contaminées par le virus d'immunodéficience humaine (assurée auparavant par le Fonds d'indemnisation des Transfusés et Hémophiles), par le virus de l'hépatite B ou C ou par le virus T-lymphotropique humain lors d'une transfusion sanguine ou une injection de médicaments dérivés du sang, quelle que soit la date de contamination.
- Facilitation du règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le Benfluorex (Mediator).

Instances de l'ONIAM

Conseil d'administration

Réuni au moins trois fois par an sur convocation de son président, le conseil d'administration de l'ONIAM définit les principes généraux relatifs aux offres d'indemnisation incombant à l'office sur la base des propositions du conseil d'orientation. Il délibère notamment sur les matières suivantes (article R1142-46 CSP) :

« 1° L'organisation générale de l'office et son règlement intérieur;

2° Le budget et ses modifications, ainsi que le compte financier;

[..]

12° Les questions relatives aux offres d'indemnisation et aux transactions auxquelles [les commissions de conciliation et d'indemnisation] peuvent donner lieu, susceptibles d'avoir soit une portée exceptionnelle selon l'appréciation du directeur, et à son initiative, soit une incidence financière supérieure à un seuil fixé par le conseil lui-même; [...]

Il est composé de 22 membres dont des représentants l'État, des représentants des professionnels de santé, de l'Assurance maladie, des assurances, des établissements de santé, de représentants du personnel de l'Office et **deux représentants des usagers, proposés par les associations agréées.**

Par ailleurs, un **conseil d'orientation** (au sein duquel siège trois représentants des usagers) propose au conseil d'administration les orientations de la politique de l'Office relatives à l'indemnisation des préjudices résultant de la contamination par le

virus de l'hépatite B ou C, par le virus T-lymphotropique humain ou par le virus d'immunodéficience humaine causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire et de préjudices imputables à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures d'urgence ainsi que les orientations de sa politique pour l'accomplissement de sa mission en matière de règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le benfluorex.

L'Observatoire des risques médicaux

Rattaché à l'ONIAM, l'Observatoire des risques médicaux, mis en place par la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004, est chargé de centraliser les données relatives aux accidents

médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation, qui doivent lui être communiquées notamment par les assureurs des professionnels et organismes de santé.

III – LA COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MÉDICAUX (CNAMED)

Placée auprès des ministres chargés de la Justice et de la Santé, composée de cinq professionnels de santé figurant sur l'une des listes d'experts dressées par la Cour de cassation ou l'une des cours d'appel, de **quatre représentants d'usagers, membres d'associations agréées** et de seize personnes qualifiées choisies en raison de leurs compétences juridiques ou scientifiques, cette Commission prononce l'inscription des experts sur une liste nationale des experts en accidents médicaux après avoir procédé à une évaluation de leurs connaissances. Elle contribue à assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale.

Elle est également chargée d'établir des recommandations sur la conduite des expertises, de veiller à une harmonisation du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux mis en place par la loi du 4 mars 2002 et d'évaluer l'ensemble du dispositif dans le cadre d'un rapport remis chaque année au Gouvernement et au Parlement, sur la base notamment des rapports que lui transmettent les CRCI.

Pour exercer pleinement leur mission, les membres de la Commission peuvent également assister à

des séances de commissions de conciliation et d'indemnisation.

Par ailleurs, elle élabore des outils de soutien à l'expertise pour les CRCI, les médecins experts et les victimes :

- Le livret de l'expert (rappel des points fondamentaux de l'expertise réalisée à la demande d'une CRCI) ;
- La mission d'expertise amiable (recommandations aux présidents de CRCI en matière de mission d'expertise)
- L'outil d'aide humaine à la préparation de l'évaluation des besoins en aide humaine lors de l'expertise médicale en CRCI (à transmettre aux victimes d'accident médical au moment de la convocation à l'expertise).



ATTENTION :

La CNAMED n'est pas une instance d'appel des décisions des CRCI et ne peut recevoir les plaintes d'usagers ou de victimes.

B/ CHEMINEMENT D'UNE DEMANDE D'INDEMNISATION

I – CONDITIONS D'ACCÈS AU DISPOSITIF D'INDEMNISATION

Les victimes ont accès à cette procédure d'indemnisation sous quatre conditions principales :

- la date de réalisation de l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit être postérieure au 4 septembre 2001 ;

- le dommage doit être imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ou à une recherche biomédicale;
- l'action en responsabilité de la victime ne doit pas être prescrite (délai de prescription de 10 ans à compter de la consolidation du dommage);
- le dommage doit être supérieur à un seuil de gravité fixé par décret.

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT MÉDICAL ?

Événement ayant entraîné un dommage anormal au regard de l'évolution prévisible de l'état de santé du patient.

L'acte peut s'être produit dans n'importe quel lieu de soins : un établissement de santé, public ou privé, un cabinet d'un professionnel de santé exerçant en libéral, un laboratoire d'analyses médicales, de radiologie, une pharmacie etc.

Un accident médical peut ne pas être fautif et découler non pas d'une erreur d'un professionnel de santé mais d'un aléa thérapeutique.



Les critères de gravité prévus par les articles D1142-1 à D1142-3 du Code de la Santé publique sont les suivants :

- soit un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (remplace la notion d'incapacité permanente partielle) supérieur à 24 %;
- soit une durée d'arrêt temporaire d'activité professionnelle (remplace la notion d'incapacité temporaire de travail) supérieure à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période d'un an, soit la personne est déclarée définitive-

ment inapte à exercer son activité professionnelle antérieure à l'accident.

- soit présenter un déficit fonctionnel temporaire au moins égal à 50 % pendant une durée supérieure à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de un an;
- soit l'accident occasionne des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

Si aucune de ces conditions n'est présente (les critères ne sont pas cumulatifs, un seul suffit), la **CRCI**

déclare la demande irrecevable. Toutefois, la victime peut encore saisir la **CRCI** en conciliation et/ou les juridictions de droit commun (tribunal administratif

pour un établissement public / tribunal d'instance ou de grande instance pour un établissement privé ou un professionnel exerçant en libéral).

II – SAISINE DE LA COMMISSION

La Commission peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage ou, le cas échéant, par son représentant légal. Elle peut également être saisie par les ayants droit d'une personne décédée.

La demande doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception ou déposée auprès du secrétariat contre récépissé à la Commission dans le ressort de laquelle a été effectué l'acte de prévention, de diagnostic ou de soins en cause. Le formulaire de saisine, établi par l'ONIAM, est disponible sur le site Internet suivant : www.oniam.fr.

La demande doit être accompagnée d'un certain nombre de pièces justificatives et notamment :

- un certificat médical attestant la consistance précise des dommages dont le demandeur a été ou s'estime victime;
- la copie du dossier médical;
- les justificatifs détaillés des pertes de revenus et des frais restés à charge;
- un document attestant de sa qualité d'assuré social;
- un document attestant des prestations reçues ou à recevoir des tiers payeurs (Assurance maladie, complémentaires santé, MDPH, etc.)

La fiche pratique complétant le formulaire de demande d'indemnisation auprès des CRCI liste les pièces nécessaires :

<http://oniam.fr/IMG/formulaires/fichepratiqueam.pdf>

Lors de la saisine, la personne doit informer la **CRCI** des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. De même, si une action en justice est intentée, la personne doit informer le juge (judiciaire ou administratif) de la saisine de la Commission. En principe, celle-ci suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure.

La Commission accuse réception du dossier et, le cas échéant, demande les pièces manquantes. Dès réception de la demande initiale, la Commission informe par lettre recommandée avec accusé de réception le professionnel, l'établissement, le centre, l'organisme de santé ou le producteur, l'exploitant ou le distributeur de produits de santé ou le promoteur de la recherche biomédicale mis en cause ainsi que l'organisme de Sécurité sociale auquel la victime était affiliée au moment de l'accident. La partie mise en cause indique 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.

III – TRAITEMENT DU DOSSIER PAR LA CRCI

Lorsque la Commission estime que les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu, elle ordonne une expertise médicale à laquelle toutes les parties sont convoquées. L'expert adresse son rapport à la CRCI qui le communique à toutes les parties. Les parties concernées ainsi que les assureurs des parties mises en cause sont alors informés (par lettre recommandée) de la date à laquelle la Commission se réunit en vue de rendre son avis.

Une étude de la recevabilité du dossier et de la compétence de la Commission peut être préalablement effectuée par le président ou le président adjoint de la CRCI : soit au vu des pièces justificatives, soit au regard des observations du ou des expert(s) à qui il aura soumis ces mêmes pièces ou encore après avoir diligenté une expertise, le président ou le président adjoint a le pouvoir de déclarer un dossier incompetent s'il considère que les seuils de gravité des dommages ne sont **manifestement** pas atteints.

Dans les autres cas, il soumet le dossier à la délibération par les membres de la commission.

Les parties sont entendues et peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix (médecin, avocat, association, proche).

L'avis de la Commission précise les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que son appréciation sur les responsabilités encourues. Elle évalue chaque poste de préjudice correspondant à un dommage.



ATTENTION ! L'avis de la CRCI ne chiffre pas le montant de l'indemnisation à délivrer à la victime. C'est au « payeur » de traduire les préjudices en sommes d'argent.

L'avis est adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au demandeur, à l'ONIAM, au professionnel, à l'établissement, au centre, à l'orga-

nisme de santé ou au producteur, à l'exploitant ou au distributeur de produits de santé, au promoteur de recherche biomédicale dont la responsabilité a

été mise en cause par le demandeur ainsi qu'à leur assureur.

IV – INDEMNISATION DE LA VICTIME SUITE À L'AVIS DE LA CRCI

a. En cas de responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé

Si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est retenue soit pour faute médicale, soit sans faute (infections nosocomiales, produits défectueux), son assurance obligatoire doit jouer son rôle de garantie.

1/ L'assureur adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.

Cette offre indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime ou à ses ayants droit. L'offre n'a qu'un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive devra être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'assureur aura été informé de cette consolidation.

2/ L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code civil, ce qui entraîne l'impossibilité pour la victime de saisir les tribunaux pour la même indemnisation. Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la

victime. Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif.

b. En cas d'aléa thérapeutique

L'ONIAM adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis de la CRCI, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis. L'acceptation de l'offre de l'Office vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code civil.

Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'Office de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

La victime ou ses ayants droit disposent d'un droit d'action en justice contre l'assurance du professionnel si elle considère que l'offre qui lui a été présentée est insuffisante. Ce recours doit s'exercer devant le tribunal administratif pour un établissement public ou devant le tribunal d'instance ou de grande instance pour un professionnel libéral ou un établissement privé.

3/ En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré ou encore si la couverture d'assurance est épuisée, l'ONIAM se substitue à l'assureur.

De même dans le cas où la couverture d'assurance est dépassée ou épuisée, si la personne considérée comme responsable des dommages est un professionnel libéral, le fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins prévu à l'article L426-1 du Code des assurances peut être saisi.

Lorsqu'à l'issue du délai de quatre mois, l'assureur n'a pas fait d'offre d'indemnisation, la victime ou ses ayants droit doit adresser à l'Office, par lettre recommandée avec accusé de réception, une demande aux fins d'obtenir une indemnisation de sa part.

Un nouveau délai de quatre mois court à compter de la date de réception par l'Office de la demande faite par la victime ou ses ayants droit.

Lorsque la personne considérée par la Commission comme responsable des dommages n'est pas assurée, le délai court à compter de la date de réception par l'ONIAM de l'avis de la Commission.

La victime ou ses ayants droit disposent du droit d'action en justice contre l'Office si aucune offre ne lui a été présentée ou si elle n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

Ce recours doit s'exercer devant le tribunal administratif, l'ONIAM étant un établissement public à caractère administratif.

c. En cas d'infection nosocomiale

DÉFINITION DE L'INFECTION NOSOCOMIALE

Il n'existe à ce jour aucune définition légale. Il appartient ainsi aux tribunaux d'apprécier au cas par cas cette notion.

D'une façon générale, il est communément admis qu'une infection est « nosocomiale » lorsqu'elle est acquise lors d'une prise en charge de soins et qu'elle apparaît après un délai de 48 heures faisant suite à celle-ci.

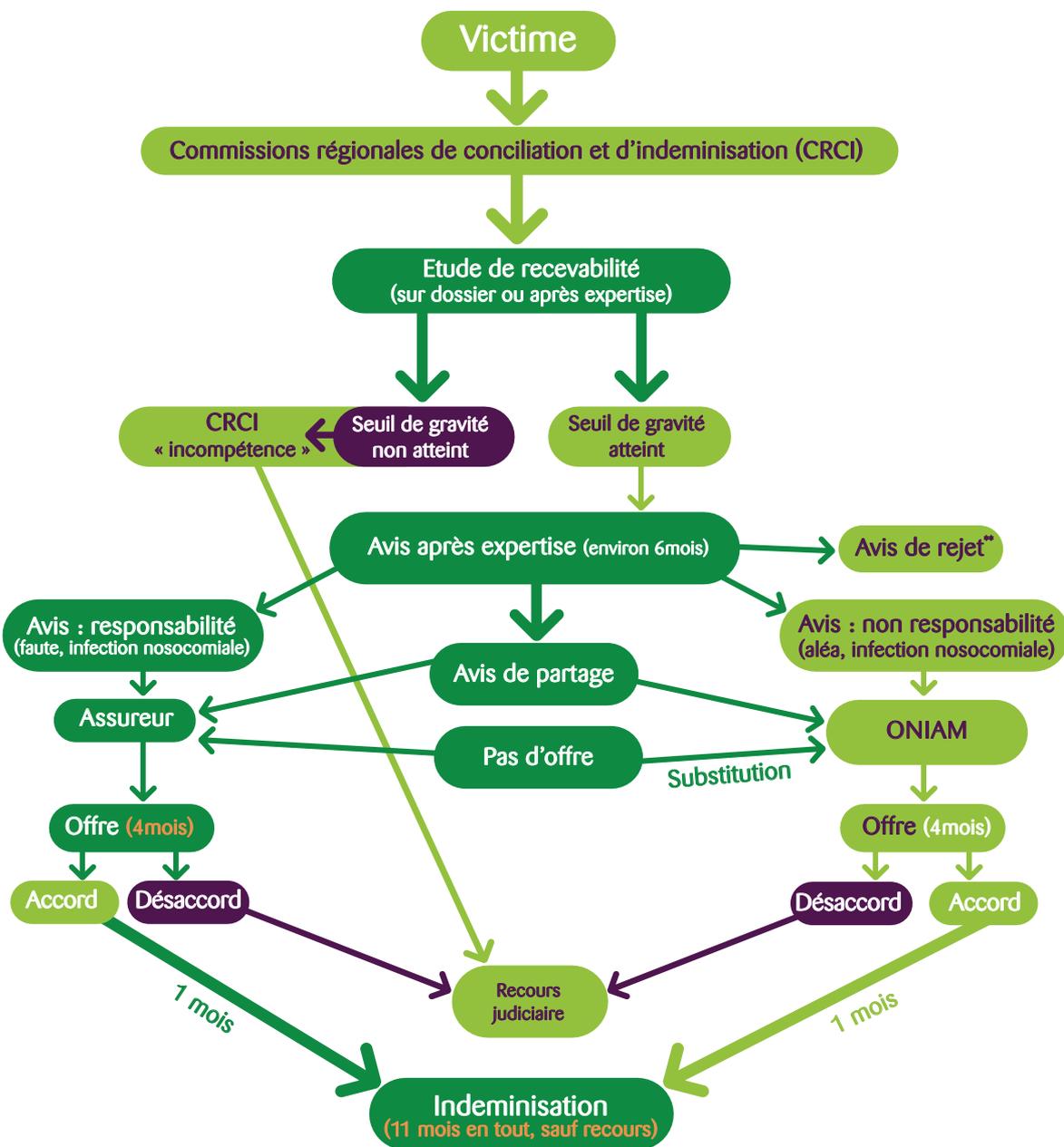
Pour les infections du site opératoire, on considère comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention, ou, s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, dans l'année qui suit l'intervention.

RECONNAISSANCE DU DROIT À L'INDEMNISATION

Pour la reconnaissance d'un droit à indemnisation d'une victime d'infection nosocomiale, on peut distinguer les deux cas suivants :

- pour les préjudices n'excédant pas 25 % d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) : présomption de faute de l'établissement sauf s'il prouve son absence de responsabilité en apportant la preuve d'une cause étrangère. La totalité de l'indemnisation est à la charge de l'assureur de l'établissement de santé qu'il soit public ou privé.
- pour les préjudices supérieurs à 25 % d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) : indemnisation par l'ONIAM, à charge pour lui de se retourner vers l'assureur de l'établissement de santé s'il rapporte la preuve d'une faute caractérisée de celui-ci.





ET SI LA PROCÉDURE DEVANT LA CRCI NE VA PAS JUSQU'À L'INDEMNISATION ?

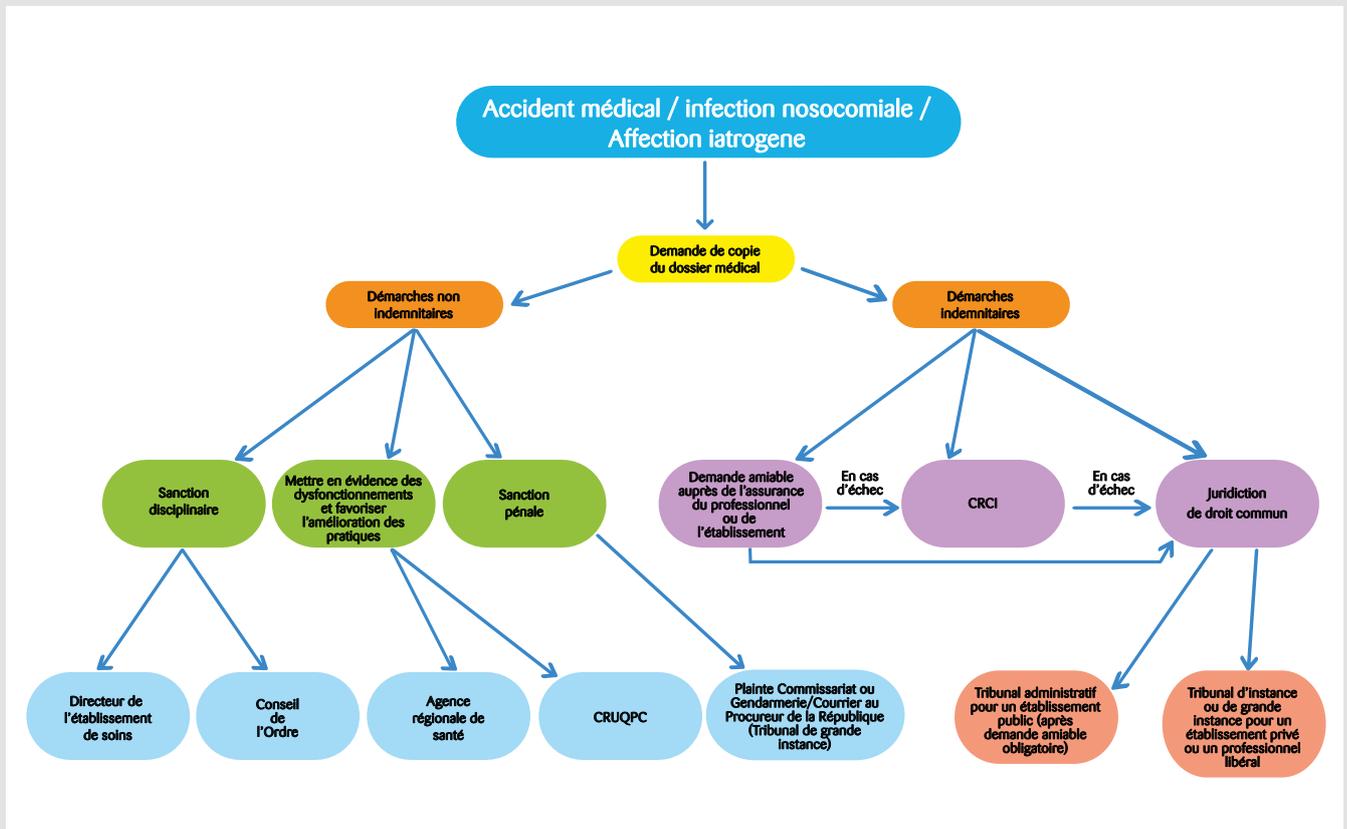
Quel que soit le motif de l'échec de la procédure (irrecevabilité du dossier, défaut de lien de causalité, avis de rejet de la CRCI, non-indemnisation par le responsable ou l'ONIAM malgré un avis de CRCI favorable...), il reste toujours à la victime la possibilité de porter sa demande devant les juridictions de droit commun.

Si le responsable de l'accident est un professionnel de santé qui exerce en libéral ou un établissement de santé privé, il lui faudra saisir le tribunal de grande instance du lieu d'établissement du ou des mis en cause.

Si le responsable est un établissement public de santé ou si le recours se fait contre l'ONIAM, il lui faudra alors saisir le tribunal administratif du lieu d'établissement du ou des mis en cause.

Par ailleurs, si la démarche est davantage motivée par la résolution d'un litige ou par la sanction du professionnel concerné que par l'indemnisation des préjudices, on peut également conseiller à la victime de saisir le Conseil de l'Ordre. Pour un établissement de santé, on saisira alors l'Agence régionale de santé compétente, en tant qu'autorité de tutelle, ou la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, interne à l'établissement.

Enfin, si l'acte à l'origine de l'accident médical peut être qualifié d'infraction pénale (délit ou crime), il sera alors possible de porter plainte dans un commissariat, une gendarmerie ou directement par un courrier au Procureur de la République.



C/ VOTRE MISSION DE REPRÉSENTANT DES USAGERS EN CRCI

LE RÔLE DE CHAQUE INTERVENANT À LA PROCÉDURE

- > Le **médecin expert** désigné par la CRCI présente les éléments qui permettront de **connaître les circonstances de la survenue du dommage**, de retenir si celui-ci relève de responsabilités fautives ou non, d'un aléa thérapeutique ou de l'évolution prévisible de l'état de santé; il **constate les atteintes corporelles**, c'est-à-dire les séquelles que présente la victime et il **évalue les préjudices** qui découlent de ces atteintes.
- > Les **membres de la CRCI** examinent les **responsabilités dans l'accident médical**, fixent les **chefs de préjudices et les quantifient** au vu du rapport d'expertise (sans se limiter systématiquement aux conclusions de ce dernier).
- > **L'ONIAM et/ou les assureurs** des professionnels mis en cause **traduisent financièrement les préjudices puis versent l'indemnisation** à la victime ou à ses ayants droit en cas d'accord.

I – À QUOI FAIRE ATTENTION ?

a. Respectez les grands principes légaux

• Le principe de la réparation intégrale des préjudices

La loi du 4 mars 2002 qui a institué les CRCI a réaffirmé le principe fondamental, en droit français, de la réparation intégrale du préjudice : l'indemnisation doit replacer autant que possible par la compensation indemnitaire la victime dans l'état où elle se trouvait avant la survenance du sinistre. Le principe de réparation intégrale impose une appréciation concrète du préjudice effectivement subi.



• Le secret professionnel

L'article 226-13 du Code pénal 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 ».

Les représentants des usagers, comme tous les autres membres de la Commission, sont soumis à l'obligation de respecter le secret et la confidentialité sur l'ensemble des informations, notamment médicales, auxquelles ils ont accès au cours de l'exercice de leur mandat. C'est une contrainte de sécurité mais voyez-le également comme la garantie d'accéder à l'ensemble des informations, tant

personnelles que médicales, nécessaires pour étudier utilement le dossier.

• Le principe du contradictoire

C'est un principe applicable à toute procédure qui signifie que chacune des parties doit avoir été en mesure de discuter les faits et les arguments que ses adversaires lui ont opposés. Au moment de l'expertise, le respect de ce principe est primordial. Il vous appartient, comme à chacun des autres membres de la Commission, de veiller à ce que chacune des parties ait été entendue et particulièrement s'agissant de la victime qui doit avoir eu connaissance de toutes les pièces et argumentaires, avoir été entendue en expertise comment pendant la réunion de la commission.

b. La CRCI au quotidien

LE STATUT DE REPRÉSENTANT DES USAGERS

En tant que représentant des usagers, membre d'une association agréée, siégeant au sein d'une CRCI, vous bénéficiez du congé de représentation qui vous permet de bénéficier d'autorisations d'absence auprès de votre employeur.

Par ailleurs, si cette absence vous cause un préjudice financier (absence non rémunérée par l'employeur), vous avez droit à une indemnité.

Enfin, sur présentation de justificatifs, vous pouvez vous voir rembourser les frais de transport que vous avez engagés pour vos déplacements aux séances de la CRCI.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à vous reporter à la fiche CISS pratique consacrée au congé de représentation, disponible sur le site Internet du CISS (www.leciss.org).

Article L3142-51 du Code du travail

« Lorsqu'un salarié, membre d'une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association [...] est désigné comme représentant de cette association ou de cette mutuelle pour siéger dans une instance, consultative ou non, instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'État ou d'une collectivité territoriale, l'employeur lui accorde le temps nécessaire pour participer aux réunions de cette instance. »

Article L1114-3 du Code de la Santé publique

« Les salariés, membres d'une association visée à l'article L1114-1, bénéficient du **congé de représentation** prévu par l'article L3142-51 du Code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger :

1° Soit au conseil de surveillance, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ;

2° Soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code.

L'indemnité mentionnée à l'article L3142-52 du Code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1° du présent article ; dans les cas visés au 2°, elle est versée par les établissements concernés, ou par l'État lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'État. »

Article R1142-8 du Code de la Santé publique

« Le président de la commission [CRCI], lorsqu'il n'est pas détaché auprès de l'office, et, le cas échéant, son ou ses adjoints perçoivent des indemnités eu égard aux sujétions particulières auxquelles ils sont soumis. Il en va de même des médiateurs indépendants prévus au quatrième alinéa de l'article L1142-5.

Des indemnités sont attribuées aux autres membres ou à leurs suppléants lorsque leur participation aux séances de la commission entraîne pour eux une perte de revenus.

Le montant de ces indemnités est fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé.

Les membres de la commission et leurs suppléants ainsi que les médiateurs **bénéficient du remboursement des frais de transport et de séjour qu'ils sont susceptibles d'engager dans le cadre de leur mission** dans les conditions fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État. »

- L'examen de la recevabilité du dossier :

Veiller à ce que tous les critères de recevabilité aient bien été examinés avant de prononcer une décision de rejet : qu'en est-il des « troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence », critère alternatif ultime pour repêcher un dossier qui n'est pas recevable au regard des autres critères ?

Le président ou son adjoint pouvant, seul, déclarer l'incompétence de la commission pour défaut d'atteinte des seuils, il convient d'établir avec lui les situations devant être obligatoirement soumises à une séance de la commission. Ne pas hésiter à lui demander un rapport régulier sur les dossiers rejetés ou une information ponctuelle sur certains

dossiers. Cette procédure préalable ne doit pas vider de sa substance la mission d'indemnisation de la CRCI telle que l'a imaginé le législateur de 2002.

Veiller à ce que l'état antérieur de la victime ne soit pas imputé pour conclure à l'irrecevabilité de son dossier. *Par exemple* : une victime d'un accident sur la voie publique arrive aux urgences avec une très importante fracture à la jambe. Elle est mal prise en charge par l'établissement de santé et, par la suite, amputée de cette jambe fracturée. Le dossier est recevable sur l'AIPP globale de 50 % mais seuls les 20 % imputables à la mauvaise prise en charge seront indemnisables, le reste du préjudice étant imputable à la gravité de la fracture initiale.

ÉTAT ANTÉRIEUR

L'état antérieur correspond à l'état pathologique ou à l'état général dans lequel se trouve la victime au moment de la survenue du dommage, à savoir l'accident médical, l'infection nosocomiale ou l'affection iatrogène.

Il faut distinguer :

- **L'état antérieur latent** : prédispositions qui ne s'étaient pas manifestées avant l'événement. C'est l'acte de soins en cause qui a déclenché l'affection (plus exactement, ce sont les soins dont l'objectif était d'améliorer l'état de santé de la personne qui ont été l'occasion du déclenchement de l'affection inconnue qui préexistait).

L'événement traumatique doit alors être considéré comme la cause de l'entier dommage et l'intégralité des préjudices subis qui en découlent doit être indemnisée ; aucune réduction en raison d'une prédisposition ne peut être envisagée.

Exemple 1 : une femme de 30 ans, victime d'une infection pulmonaire, est transportée à l'hôpital en urgence, sa prise en charge et le diagnostic tardent, l'infection atteint les reins. Elle devra être dialysée rapidement. L'équipe médicale constate alors qu'avant l'infection, la patiente était en train de développer un diabète de type 1 très particulier qui aurait abouti, un jour ou l'autre, à une insuffisance rénale et donc à une dialyse.

Ici, le diabète est latent. L'insuffisance rénale et le traitement par dialyse se seraient peut-être produits un jour mais dans un futur certainement très éloigné.

L'indemnisation doit ici couvrir tous les préjudices de la victime. L'état antérieur ne doit pas permettre de réduire son montant.

- **L'état antérieur patent** : prédispositions qui s'étaient déjà traduites par des manifestations extérieures dommageables avant l'événement

Dès lors, l'indemnisation doit pouvoir replacer la victime dans la situation où elle se trouvait avant la réalisation de l'accident médical et en conséquence, la CRCI pourra déduire des préjudices actuels, ceux qui ne sont pas imputables à l'accident mais préexistants.

Exemple 2 : Un homme de 59 ans est atteint d'une maladie athéromateuse (et déjà opéré deux fois du membre inférieur gauche). Suite à une nouvelle oblitération et à un nouveau pontage, une infection se développe qui aboutit à l'amputation de la cuisse gauche. L'expert précise que l'état antérieur était lourd, et que les risques de présenter un événement majeur compliquant sa maladie se seraient élevés, sans que l'accident ne soit produit, à 70 % à 5 ans.

Il est envisageable dans ce cas de tenir compte de l'état antérieur de la victime pour n'indemniser que les préjudices imputables à l'accident.



ATTENTION :

En tant que représentant des usagers en CRCI, il convient de veiller à ce que... :

1/ ... l'état antérieur de la victime ne soit pas pris en compte pour conclure à l'irrecevabilité. C'est son état de santé global au moment de la demande qui doit être évalué pour savoir s'il atteint le seuil de recevabilité, seul le montant de l'indemnisation peut être diminué en se fondant sur l'état antérieur de la victime.

2/ ... lorsqu'un état antérieur est admis, il ne soit pas considéré comme l'unique cause du dommage, que l'expert ou la CRCI ne diminue pas la part d'imputabilité de l'acte médical dans la survenue du dommage du seul fait de l'existence d'un état antérieur patent.

3/ ... il n'y ait pas de confusion entre l'état antérieur et les facteurs prédisposants.

Ces derniers sont des facteurs de risques accrus comme par exemple le diabète dans le cas d'une survenance d'une infection nosocomiale ou encore le tabagisme pour les accidents cardiovasculaires. Ils ne doivent pas être pris en compte pour réduire les préjudices à indemniser.

• La lecture du rapport d'expertise :

L'expertise est un moment décisif pour la victime et le rapport d'expertise, un outil essentiel pour les CRCI. Il est donc nécessaire que le rapport d'expertise médical soit objectif et exhaustif, c'est-à-dire précis sur les éléments permettant d'évaluer les responsabilités et complet sur les séquelles de la victime.

Attention ! Même si, en droit, l'avis de l'expert ne s'impose pas à la CRCI, il reste, en pratique, déterminant.

Il revient au RU d'attirer l'attention de la Commission sur les lacunes potentielles du rapport d'expertise et de demander à la victime les éclaircissements nécessaires à la compréhension de sa situation personnelle.

AIDEZ-VOUS DE LA GRILLE DE LECTURE CI-DESSOUS.

COMMENT S'EST DÉROULÉE L'EXPERTISE ?			
Questions à se poser	Réponse	Conclusion à en tirer	Éléments à porter en séance
Quelles étaient les personnes présentes lors du rendez-vous de l'expertise ?			
La victime était-elle accompagnée, assistée ou représentée ? Par qui ?			
La victime a-t-elle été examinée physiquement ?			
Qui était présent lors de cet examen ?			
La victime a-t-elle fourni à l'expert le tableau d'évaluation de l'aide humaine ?			
L'expert s'est-il adjoint un sappeur pour les questions qui ne relevaient pas de sa compétence ?			
Le principe du contradictoire vous semble-t-il avoir été respecté ?			
SUR LE CONTENU DU RAPPORT D'EXPERTISE			
Questions à se poser	Réponse	Conclusion à en tirer	Éléments à porter en séance
L'acte médical en cause est-il précisément décrit ?			
Y a-t-il un accident médical ?			
Les circonstances de l'accident médical sont-elles clairement exposées ?			
L'état de santé de la victime est-il consolidé ? Si non, une date de réévaluation post-consolidation est-elle fixée ?			
L'expert a-t-il répondu aux questions de sa compétence ? La mission-type de l'expert (CNAMed) a-t-elle été respectée ?			
Les préjudices vous semblent-ils avoir tous été évalués ? ¹			
Les besoins en aide humaine ont-ils été justement pris en compte ? ²			
Vérifier que l'état antérieur pris en compte par l'expert ne correspond ni à des facteurs prédisposants ni à un état antérieur latent.			
Les répercussions économiques présentes et à venir pour la victime et ses proches ont-elles été prises en compte ?			
Vérifier que les constats de l'expert correspondent bien à ses conclusions.			

1. Pour vérifier ces éléments, reportez-vous à la deuxième partie du Guide sur les modalités d'indemnisation des victimes.

2. Pour vérifier ces éléments, reportez-vous à l'Outil d'aide à la préparation de l'évaluation des besoins en aide humaine lors de l'expertise médicale de la CRCI, publié par la CNAMed (www.sante.gouv.fr/l-evaluation-des-besoins-en-aide-humaine.html)

- En réunion de la commission :
Compte tenu de la composition de la CRCI, il faut savoir identifier les forces en présence, les représentations et cerner les intérêts de chacun de ses membres pour en faire des atouts. La CRCI doit répondre à quatre questions principales :
- Quel est l'acte médical en cause ?
- Y a-t-il un lien entre l'acte et le dommage ?
- S'agit-il d'une faute, d'un aléa ou de l'évolution de l'état antérieur de la victime, etc. ?
- Quelle est l'ampleur des préjudices subis par la victime ?
Pour que la victime soit le plus justement indemnisée, il faut impérativement que l'avis de la CRCI vise tous les postes de préjudices. Un poste de préjudice qui n'est pas mentionné dans l'avis ne sera jamais indemnisé par l'assureur ou l'ONIAM. D'où l'importance de notre rôle pour s'assurer qu'aucun préjudice

invoqué et justifié n'a été oublié dans l'avis (cf. la partie II du Guide sur les modalités d'indemnisation et la mission type de l'expert de la CNAMed qui reprend la nomenclature Dintilhac). S'assurer que la victime se sente en confiance.

L'interroger sur le déroulé de l'expertise, sur ce qu'elle pense du rapport d'expertise.

L'interroger sur ses capacités au quotidien, les aides humaines dont elle a besoin; veiller à ce que le soutien familial ne soit pas pris en compte pour réduire l'indemnisation.

- En dehors de la réunion :

Il peut être relativement facile pour une victime d'obtenir vos coordonnées. Si cela peut être l'occasion de l'informer et de la rassurer sur les aspects de la procédure, il est en revanche absolument impossible d'aborder avec elle son dossier sur le fond.

II – QU'ATTEND-ON DE MOI ?

PRÉPAREZ-VOUS À LA RÉUNION DE LA COMMISSION

- **Formez-vous** : le CISS et les CISS régionaux proposent des formations toute l'année, sur la représentation des usagers en CRCI mais aussi sur d'autres thèmes ayant trait au système de santé et aux droits des usagers.
- **Lisez ce guide** de façon approfondie et utiliser le comme une source d'informations de base dès que vous avez un doute par rapport à votre mission, s'y reporter régulièrement, notamment la partie consacrée aux modalités d'indemnisation, utile lors de l'examen de chaque dossier individuel.
- **Documentez-vous** par ailleurs en prenant connaissance des fiches CISS pratique, des autres Guides du CISS.
- Constituez-vous **un réseau** en échangeant des analyses, des expériences notamment avec les autres représentants des usagers de la **CRCI** (3 titulaires et 6 suppléants), ainsi qu'avec

les autres membres de la commission identifiés comme des partenaires potentiels.

- Préparez les commissions **en lisant à l'avance et dans le détail les expertises soumises**, travaillez-les tant que faire se peut en binôme. Préparez votre prise de parole et votre argumentaire : les points de l'expertise à éclaircir, les questions à formuler à la victime ou au mis en cause.

- N'hésitez pas à contacter **votre association d'origine** ou toute autre association spécialisée en responsabilité médicale.

- **SOYEZ PRÉSENT.**

- En cas d'impossibilité de vous rendre à la réunion, **sollicitez, dans les plus brefs délais, votre suppléant** et transmettez-lui les dossiers dont l'examen est inscrit à l'ordre du jour : la présence de tous les RU est requise à chacune des réunions de commission.

PARTICIPEZ, PROPOSEZ : PRENEZ LA PAROLE

- Faire acte de présence, c'est bien, participer, c'est mieux : vous n'avez pas à tout savoir mais il vous revient d'être vigilant au respect des droits des victimes.

Le représentant des usagers en CRCI n'a pas besoin d'être juriste ou médecin, il apporte sa compétence et ses connaissances **sans mettre en avant son expérience personnelle** : vous devez prendre du recul par rapport à votre propre histoire qui n'est pas celle de la victime.

Le rôle du RU est de faire reconnaître le vécu de la victime, de faire entendre la vérité, de faire comprendre aussi que tout ne se traduit pas par une somme d'argent.

L'efficacité de notre rôle ne doit être entachée ni par la timidité, ni par le vécu personnel. L'essentiel reste notre vigilance pour veiller à l'application juste, dans chaque dossier, des règles de l'indemnisation.

- Tous les membres de la Commission sont égaux : même s'ils ont une connaissance technique, médicale ou juridique, les autres membres ne vous sont pas supérieurs. Alors ne soyez pas intimidés et **n'ayez pas peur de prendre la parole.**

LES 12 POINTS CLÉS DE LA REPRÉSENTATION DES USAGERS

- 1/ **Participez** aux réunions, aux décisions.
- 2/ **N'ayez pas honte de ne pas savoir ! Ne pas savoir est votre force**, celle de l'étonnement et de la découverte : vous êtes des citoyens qui sont investis d'une mission de service public.
- 3/ **Créez le débat** avec les professionnels de santé.
- 4/ Prenez la parole **au nom de tous les usagers, portez la parole** de tous les usagers.
- 5/ Prenez les problèmes comme une occasion d'**améliorer l'existant**, et non comme une fin en soi.
- 6/ **Prenez de la distance** par rapport aux situations rencontrées : n'en faites pas une affaire personnelle.
- 7/ **Soyez prudents** : vérifiez toujours les faits, soyez éclairés dans vos décisions. Étayer votre expression par des arguments et des exemples.
- 8/ **Demandez les moyens** d'exercer votre mission.
- 9/ **Soyez reliés** : à vos associations, aux usagers, aux autres RU, au CISS.
- 10/ **Rendez compte** de votre action, en premier lieu à vos suppléants et à vos associations.
- 11/ **Formez-vous** : non pour devenir des spécialistes, mais pour cerner les enjeux de ce qui est discuté dans les instances.
- 12/ **Appuyez-vous constamment sur nos principes communs** :
 - pour le respect des droits des usagers,
 - dans un système de santé solidaire,
 - garantissant une égalité d'accès,
 - à des soins de qualité,
 - ... mais aussi : le RU a le droit à l'erreur !



Les modalités de l'indemnisation

Les éléments suivants sont portés à la connaissance du représentant des usagers pour comprendre les modalités d'indemnisation qui vont intervenir suite à l'avis positif de la CRCI, celle-ci n'ayant pas pour mission d'indemniser ou de formuler des offres d'indemnisation.

Ces informations ont vocation à apporter aux RU un éclairage sur la réparation du dommage corporel et

leur permettre ainsi de conseiller, guider les victimes se trouvant face à des offres d'un assureur ou de l'ONIAM.

Ils y trouveront aussi des éléments de comparaison avec les décisions prises par les tribunaux dans les mêmes matières, ces juridictions allant, contrairement aux CRCI, jusqu'à chiffrer les préjudices de la victime.

A/ INDEMNISATION DES VICTIMES DIRECTES

Comme le rappelle le référentiel utilisé dans le cadre des procédures d'indemnisation de l'ONIAM, le principe général de réparation auquel obéit l'office, est celui de la réparation intégrale. Ce principe signifie que la totalité des préjudices subis par la victime doivent être indemnisés. L'idée est de replacer, le plus possible, la victime dans l'état dans lequel elle se trouvait avant l'accident médical.

Le référentiel ONIAM n'est pas une création propre à cet organisme, il s'inspire très largement de la nomenclature Dintilhac.

Ce sont les CRCI qui vont fixer les préjudices susceptibles d'être indemnisés. Elles vont les prévoir au sein des avis qu'elles rendent.

C'est ensuite l'ONIAM ou l'assurance du professionnel ou de l'établissement fautif qui traduit financièrement les préjudices visés par la CRCI.

Nous reprendrons ici les différents postes de préjudices indemnisables (sans prétendre à l'exhaustivité) en distinguant successivement les préjudices à caractère patrimonial (les dépenses générées par l'accident médical et les manques à gagner qui en découlent) puis ceux dits extrapatrimoniaux pour la victime directe.

I – LES PRÉJUDICES PATRIMONIAUX

a. Avant consolidation : les préjudices temporaires

→ Les dépenses de santé actuelles (D.S.A.)

Définition et technique d'indemnisation

Il s'agit du remboursement de tous les frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, hospitaliers (...), restés à la charge de la victime après remboursement par les organismes tiers payeurs comme l'Assurance maladie et/ou la complémentaire santé. Cela peut correspondre aux honoraires des professionnels médicaux ou paramédicaux, aux coûts des actes de soins, d'appareillage (prothèses, par exemple), de transport spécialisé...

Les frais restant à la charge de la victime lui sont remboursés par l'organisme assurant son indemnisation.



Observations sur l'importance des enjeux

Ces frais médicaux et pharmaceutiques restés à charge et/ou à venir peuvent être relativement importants.

Exemple : Si la personne est atteinte d'incontinence entraînant des besoins de garnitures et doit faire face à des coûts non remboursés par la Sécurité sociale.

Mentionner, sur l'avis même de la CRCI, qu'il faudra que la victime communique l'ensemble des factures afférentes à ces frais médicaux et pharmaceutiques ou des devis (« prévisionnels » par nature) à l'assureur ou à l'ONIAM, après avis rendu par la CRCI.

→ Le forfait journalier hospitalier

Définition et éléments de comparaison avec la façon dont les tribunaux indemnisent

Il correspond aux frais d'hébergement et d'entretien supportés durant un séjour dans un établissement de soins peut être pris en charge par « le payeur ». L'ONIAM le fait, par exemple, mais uniquement à hauteur de 50 %.

Cet abattement tient compte de la nature du forfait hospitalier qui constitue une contribution minimale représentant les dépenses que l'hospitalisé aurait normalement supportées, qu'il soit ou non à l'hôpital.

Jusqu'à un arrêt du 3 mai 2006, les tribunaux ne prenaient jamais en charge ce coût considérant que la personne, même sans être hospitalisée, dépensait pour se nourrir et se vêtir une somme minimum par jour. Depuis, la Cour de cassation a pris position en confirmant une décision de la Cour d'appel condamnant une société d'assurance à indemniser le forfait hospitalier (en principe les juridictions indemnisent intégralement ce poste de préjudice).

Observations sur l'importance des enjeux

Pour une longue hospitalisation, le coût peut être élevé, à raison de 18 € par jour, alors même qu'une partie des charges courantes de la personne continue à lui incomber (ex. : le loyer).

→ Les pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)

Définition

Avant consolidation, ce sont des gains manqués qui doivent être pris en considération : il s'agit de la perte des revenus certains, déduction faite, le cas échéant, des indemnités journalières de la Sécurité sociale (mais également du maintien de salaire de l'employeur et/ou des indemnités journalières versées par une assurance prévoyance) : salaires et autres revenus liés au travail, perte de valeur sur le marché de l'emploi du fait par exemple d'une diminution des capacités physiques...

Auparavant, on parlait d'incapacité temporaire de travail (ITT) mais de ce fait, on ne distinguait pas les conséquences patrimoniales des conséquences extrapatrimoniales de l'incapacité. Désormais, les PGPA indemnisent la composante patrimoniale des anciennes ITT, alors que la composante extrapatrimoniale est visée par un nouveau poste de préjudice (le déficit fonctionnel temporaire et l'incidence professionnelle) :

Au titre des PGPA, il faut donc prendre en compte :

- Pertes de salaires
- Primes
- Frais fixes des travailleurs indépendants
- Opportunités de carrière manquées
- ...

→ Les frais divers

Définition

C'est un poste de préjudices extrêmement vaste qui peut comprendre notamment les :

- les frais de tierce personne temporaire;
- les frais professionnels ponctuels notamment pour les professionnels qui exercent en libéral et qui ont dû engager un remplaçant;
- les frais de TV et de téléphone en cours d'hospitalisation (si le téléphone utilisé est celui de la victime il faudra établir la preuve du surplus de consommation)
- les frais engagés pour les conseils : ergothérapeute, médecin, avocat...
- les frais d'expertise quand ils ne sont pas pris en charge à un autre titre (calcul des dépens en matière contentieuse...)

b. Après consolidation : les préjudices définitifs

→ Les dépenses de santé futures (D.S.F.)

Définition et éléments de comparaison avec la façon dont les tribunaux indemnisent

C'est l'équivalent des DSA mais postérieures à la consolidation.

Ainsi, pour l'avenir, elles sont capitalisées (on les transforme en capital « viager », lequel est supposé couvrir ces frais durant le restant de la vie de la victime).

Il convient donc de prévoir ici tous les frais de consultations médicales et paramédicales qui n'auraient pas été pris en charge par la CPAM ou un organisme complémentaire.

Point particulier : les frais d'appareillages spécifiques

Tous les frais d'appareillages nécessaires peuvent être accordés (parfois le tribunal peut demander un complément d'expertise pour certains appareils mais, dès lors que le handicap est important, il se

satisfait de devis), et le coût des aides techniques doit être remboursé intégralement pour le premier achat sans oublier un budget, capitalisé pour l'avenir, permettant de racheter le matériel lorsqu'il est usé.



Arguments à mettre en avant pour permettre aux victimes d'être intégralement indemnisées

Pour une personne en fauteuil roulant, penser à détailler les caractéristiques du matériel utilisé (liste non limitative) :

- fauteuil roulant manuel
- fauteuil roulant de secours lorsque l'habituel est confié à un réparateur
- fauteuil roulant électrique pour les personnes les plus dépendantes
- matelas anti-escarre
- lit médicalisé

- fauteuil douche
- coussin anti-escarre
- verticalisateur, etc.

Pour des personnes moins handicapées, selon les cas :

- cannes
- déambulateur, etc.

En cas de différend entre les membres de la Commission, demander à ce qu'un ergothérapeute indépendant des compagnies d'assurance soit désigné par le Président de la CRCI pour trancher.

→ **Les frais de logement adapté : les frais domotiques et les frais d'aménagement de la maison**



Définition et éléments de comparaison avec la façon dont les tribunaux indemnisent

Les frais d'aménagement de logement comprennent surtout l'aménagement pour l'accessibilité aux fauteuils roulants :

- Aménagement du domicile préexistant : plans inclinés, élargissement des portes, WC, baignoire – douche adaptées, installation d'un ascenseur, éclairage télécommandé, télésurveillance, rails de transferts, dépendances pour le rangement du matériel, aménagement d'un espace de vie pour la tierce personne (15 à 20 m² sont en général admis), éléments de sécurité...;
- Aménagement du logement des proches chez qui vit la victime (sauf si la victime ne vit pas à titre permanent chez ces personnes);
- Frais de déménagement et d'emménagement en cas d'inadaptabilité du logement préexistant;
- Surcoût de loyer;
- Frais en lien avec l'habitation d'un logement plus grand (nécessité par le handicap) : taxe foncière, frais de notaire ou d'agence...

Devant les tribunaux de l'ordre judiciaire, dans certains cas exceptionnels, il est possible d'obtenir bien plus que le simple aménagement : le remboursement du coût d'achat d'un logement accessible lorsque l'on a été mis dans l'obligation, du fait du handicap, d'acquiescer un logement (alors qu'on était locataire au moment de l'accident, par exemple).

Les frais de domotique, eux, recouvrent les frais liés à l'automatisation de l'environnement, la motorisation des aides (volets roulants motorisés, commandes vocales...).

→ Les frais de véhicule adapté (F.V.A.)



Définition

Dès lors que la personne est atteinte d'une incapacité qui lui rend la conduite difficile, les tribunaux accordent le coût de l'aménagement du véhicule.

L'aménagement vise notamment l'installation d'une boîte automatique, d'un volant à conduite manuelle, d'une plate-forme élévatrice pour monter le fauteuil roulant, etc.

On y ajoute le coût pour l'avenir en tenant compte du renouvellement du véhicule (à une fréquence d'environ tous les 7 ans).

Fait également partie de l'aménagement du véhicule, l'installation de la climatisation pour les personnes qui ont des troubles de régulation thermique (notamment les personnes paraplégiques et tétraplégiques).

Un budget pour les transports peut être accordé si la personne n'est définitivement plus apte à conduire ou pour rémunérer un chauffeur.

→ L'assistance par tierce personne (A.T.P.)

Définition

Les besoins d'assistance doivent être entendus au sens large : la tierce personne est une aide au fonctionnement. Elle peut aider en se substituant, mais aussi stimuler et ne pas uniquement aider à accomplir les actes essentiels de la vie courante.

Observations sur l'importance des enjeux. Arguments à mettre en avant pour permettre aux victimes d'être intégralement indemnisées

Ce poste de préjudice peut être très important sachant que la moindre heure quotidienne correspond à des sommes très importantes une fois capitalisées pour l'avenir.

Selon l'ONIAM, l'indemnisation de ce poste prend en compte le niveau de qualification de la tierce personne requise. L'ONIAM se réfère par conséquent à la convention collective des aides à domicile afin d'attribuer, pour chacune des catégories, une somme correspondant à la moyenne des salaires horaires prenant en compte l'ancienneté et l'évolution du salaire sur la durée de la validité de la convention collective.

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

Les besoins journaliers en heures de tierce personne sont déterminés par l'avis de la Commission.

Il conviendra de bien préciser le cas échéant que la tierce personne doit être spécialisée (à partir du moment où elle aura à effectuer des actes touchant à l'intimité de la personne notamment). Le tarif horaire d'une tierce personne spécialisée étant bien plus élevé.

Penser à s'appuyer sur l'outil élaboré par la CNAMed, le tableau d'évaluation des besoins en aide humaine (disponible en annexe de ce guide). Ne pas hésiter à interroger la victime lors de la réunion en Commission.

ÉLÉMENTS À RETENIR

Le vieillissement qui entraîne un besoin accru d'aide humaine, n'est pas une cause de réouverture de dossier : il faut donc tout prévoir à l'avance car seule l'aggravation médicale, en lien avec l'accident, peut permettre de réclamer un supplément d'indemnisation.

Pour évaluer les besoins quotidiens ou hebdomadaires, il convient de toujours respecter :

- le droit à la sécurité : *si une victime n'est pas en mesure de se sortir d'une situation dangereuse (incendie), elle a droit à une assistance constante.*
- le droit à la dignité humaine : *toute personne dépendante a le droit d'être assistée en permanence pour pouvoir être changée à tout moment du jour ou de la nuit en cas d'incontinence urinaire ou fécale.*

Pour une personne totalement dépendante 24 h/24, l'ONIAM retient une base annuelle de 390 jours alors que les tribunaux retiennent 400 jours par an en tenant compte des jours fériés en plus des congés légaux.

Il n'est pas question de se contenter d'une aide le jour si, par exemple, la victime risque de se retrouver "souillée" la nuit, du fait de ses troubles urino-sphinctériens ou si elle risque de chuter et ne peut pas se relever si elle est seule (risque aussi de se blesser en chutant).

- Bien vérifier que les besoins en aide humaine ont été évalués sans tenir compte de l'aide de l'entourage (qui n'a pas à subir les conséquences de l'accident) !

L'aide que peuvent apporter les proches ne doit pas être prise en considération pour diminuer l'indemnisation de ce poste de préjudice !

- Préciser le niveau de qualification de la tierce personne requise : *pour une personne lourdement handicapée (paraplégie, hémiplegie etc.), il faudra tenir compte du fait que la tierce personne devra aider aux transferts depuis le fauteuil roulant.*
- Le coût de la tierce personne est dû pour le passé : *pour la période allant de l'accident médical au jour de la demande, les frais de tierce personne sont dus (arrérages). La première partie de l'outil de la CNAMed est justement destinée à cette évaluation des besoins avant expertise.*

Bien préciser : x mois d'assistance à tant d'heures par jour entre la date de l'accident et la demande.

- Dans les cas où la victime est totalement dépendante et a besoin de l'aide de deux tierces personnes simultanément pour faire ses transferts et sa toilette, il est possible et nécessaire de réclamer une tierce personne permanente et une seconde tierce personne à certains moments de la journée (ce qui peut aboutir à 30 heures d'assistance sur 24 heures !).



Après consolidation quatre situations peuvent se présenter pour une personne exerçant une activité professionnelle avant l'accident :

1. La victime reprend ses activités sans diminution de ses revenus professionnels
2. L'activité est modifiée et entraîne une baisse de revenus (de quelque nature qu'ils soient : salaires, commissions, honoraires, primes...) : on parle alors de dévalorisation sur le marché du travail.
3. L'activité professionnelle précédente ne peut plus être exercée : une reconversion est nécessaire et le nouveau métier n'offre pas les mêmes revenus.
4. Impossibilité de continuer à travailler, aucune conversion professionnelle envisageable.

NB : Même une simple incidence professionnelle (par exemple ne plus pouvoir exercer la profession de son choix, pour laquelle on avait fait des études) est indemnisable.

Le préjudice professionnel doit être précisé et les enjeux sont souvent considérables : il convient la plupart du temps, surtout s'il s'agit d'un préjudice professionnel total, **d'inviter la victime non seulement à fournir des justificatifs de ses revenus antérieurs mais également à fournir des justificatifs de reconstitution de carrière et même de pertes de droits à la retraite.**

→ L'incidence professionnelle (I.P.)

Tout ce qui impacte la vie professionnelle et qui ne relève pas directement d'un préjudice patrimonial :

- Pénibilité accrue sur le marché du travail
- Perte de chance professionnelle = préjudice de carrière
- Difficulté à la réinsertion
- Ne plus pouvoir exercer son ancien métier
- Diminution des performances
- Précarisation de l'emploi

Remarques :

- >> Préjudice indemnisable même en cas de courte période d'arrêt de travail.
- >> Il faut prendre en considération l'emploi occupé auparavant.

→ Le préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

Définition

Ce poste vise à l'indemnisation de l'atteinte au droit à l'instruction et à la formation :

- Perte d'une année scolaire pouvant déboucher sur :
 - un changement d'orientation (indemnisable pour la perte de la possibilité de choisir son cursus d'étude)
 - le redoublement d'une classe (indemnisation pour le temps perdu).
- Allongement de la durée des études
- Échec scolaire
- Impossibilité d'être scolarisé
- Frais de scolarité engagé mais non utilisé.

L'évaluation va essentiellement se faire à partir des doléances de la victime. Les éléments qui peuvent être fournis sont les suivants :

- Attestations des professeurs ou des conseillers d'orientation ou de médecins scolaires
- Justificatif administratif d'inscription
- Description des établissements fréquentés et formations suivies au lieu de celle souhaitée auparavant
- Diplômes, bulletins scolaires permettant d'attester de la baisse de niveau de l'élève

Ce poste de préjudice peut inclure à la fois les frais d'inscription et les frais de la vie courante liés à une année d'étude supplémentaire (location, frais alimentaires, etc.).

II – LES PRÉJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX

a. Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires - avant consolidation

→ Le déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)

C'est l'indemnisation des troubles physiologiques avant que la victime ne soit consolidée, c'est-à-dire les troubles personnels ressentis par la victime. Le référentiel parle de « troubles dans les conditions d'existence », l'ONIAM assimile donc ce poste de préjudice à un préjudice d'agrément avant consolidation.

C'est l'indemnisation d'une privation de la vie personnelle à laquelle la victime prétend. Ainsi, ce poste recouvre :

- L'invalidité
- L'atteinte à la qualité de la vie
- Le préjudice sexuel
- L'arrêt des activités sociales
- La séparation familiale

Alors qu'à titre permanent, c'est-à-dire après consolidation, ce sont des postes de préjudices indépendants les uns des autres, à titre temporaire ces postes de préjudices sont englobés dans le DFT.

Arguments à mettre en avant pour permettre aux victimes d'être intégralement indemnisées

Mettre en avant le temps passé en milieu hospitalier et en séances de rééducation qui correspondent à des périodes durant lesquelles la personne n'a pas vécu dans son milieu familial.



Définition

Ce sont les souffrances physiques et psychiques cotées sur une échelle allant de 1 à 7 correspondant à :

- 1/ Très légères
- 2/ Légères
- 3/ Modérées
- 4/ Moyennes
- 5/ Assez importantes
- 6/ Importantes
- 7/ Très importantes

Observations sur l'importance des enjeux. Arguments à mettre en avant pour permettre aux victimes d'être intégralement indemnisées

Ne pas hésiter à modifier la note retenue par l'expert en mettant en avant des éléments du dossier tels que : l'immense douleur lors de l'accident initial, la douleur physique et les traitements antidouleur nécessaires, le nombre de séances de rééducation.

Dans l'avis, mettre également en avant la douleur morale notamment pour les personnes ayant à subir un handicap pour le restant de leurs jours et ayant conscience qu'elles ont perdu leur intégrité physique.

Il convient également de prendre en considération les douleurs fantômes c'est-à-dire les sensations douloureuses qui apparaissent dans les membres privés de système sensoriel.

→ Le préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

Définition et éléments de comparaison avec la façon dont les tribunaux indemnisent

Il s'agit de l'atteinte à l'esthétique d'une personne qui doit tenir compte non seulement des cicatrices mais aussi de la présentation avec une canne, en fauteuil roulant, de la déformation du schéma corporel, de la modification d'un regard, etc.

Peu importe que les atteintes ne soient pas visibles lorsque la personne est habillée.

La cotation est la même que pour les souffrances endurées : de 1 à 7.

Les tribunaux apprécient ce préjudice objectivement, indépendamment de la conscience que la personne peut en avoir.

Ce poste de préjudice est apprécié par le médecin expert.

Observations sur l'importance des enjeux. Arguments à mettre en avant pour permettre aux victimes d'être intégralement indemnisées

Prendre l'habitude de demander à la victime des photos des cicatrices mais s'opposer, si le cas se présente, à ce que la personne s'exhibe en séance de CRCI (ce qui est attentatoire à la dignité), même si elle le propose elle-même.

Dans l'avis, ne pas hésiter à viser, parmi les préjudices, le coût d'une éventuelle chirurgie réparatrice.

b. Les préjudices extrapatrimoniaux permanents - après consolidation

→ **Le déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)** - [nouvelle terminologie pour l'incapacité permanente partielle qui n'est plus considérée comme un préjudice patrimonial](#)

Il est mesuré en pourcentage par l'expert désigné par la CRCI.

Définition et éléments de comparaison avec la façon dont les tribunaux indemnisent

Ce que recouvre le poste de préjudice :

- la perte d'autonomie
- les déficits fonctionnels spécifiques c'est-à-dire :
 - déficit physique et psychique
 - souffrances ressenties après la consolidation
 - atteinte subjective à la qualité de la vie

Ces 3 éléments donnaient lieu, auparavant, à des évaluations particulières :

• [le déficit physique et psychique](#) → [le taux d'incapacité \(ancien IPP\)](#)

On mesure l'atteinte aux fonctions du corps humain, indépendamment de toute perte économique en prenant en compte le taux de déficit physiologique.

L'âge de la victime quant à lui a une incidence sur la traduction financière du préjudice.

• [les souffrances ressenties évaluées sur une échelle de 0 à 7](#)

C'est le prolongement des souffrances endurées avant la consolidation.

Ça peut être :

- souffrances physiques et psychiques

- syndrome du deuil (non acceptation du handicap)

- douleurs fantômes

- dépression...

• [l'atteinte à la qualité de la vie](#)

C'est la privation des joies de la vie.

Le DFP est évalué par les tribunaux en tenant compte de l'atteinte physique et psychique.

Elle se calcule en multipliant le pourcentage d'incapacité par une valeur du point (le point étant calculé selon la jurisprudence locale).

Exemple : La perte fonctionnelle d'un œil, si la vision de l'autre œil est normale, représente un déficit fonctionnel permanent de 25 % selon le Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, à l'annexe 2-4 du Code de l'Action sociale et des familles.

Arguments à mettre en avant pour permettre aux victimes d'être intégralement indemnisées

Ce taux mesure le déficit fonctionnel qui résulte de la lésion initiale.

Il est évalué par l'expert médical désigné par la CRCI, en pourcentage, ici, selon le barème d'évaluation des taux d'incapacité, en annexe II-2 du Code de la Santé publique et qui ne s'applique qu'au dispositif d'indemnisation de la loi du 4 mars 2002 et des CRCI.



ATTENTION ! L'expert évalue l'atteinte permanente en tenant compte de l'état antérieur et ne retient que les séquelles qui sont en lien avec l'accident médical.
Cf. développement sur les enjeux de l'état antérieur dans la partie I du Guide.

Définition et éléments de comparaison avec la façon dont les tribunaux indemnisent

La personne subit un handicap important qui la prive des joies de l'existence : en général les tribunaux ne demandent pas que l'on justifie de la pratique d'une activité particulière.



Observations sur l'importance des enjeux. Arguments à mettre en avant pour permettre aux victimes d'être intégralement indemnisées

Attention : même si l'expert n'a pas retenu de préjudice d'agrément, à partir du moment où le handicap est important, il empêche automatiquement de pratiquer certaines activités ludiques ou sportives.

1/ En cas de handicap très important le préjudice d'agrément existe toujours.

Exemple : Une femme au foyer désormais en fauteuil roulant ne pourra plus se promener, danser...

2/ En présence d'un handicap de faible importance, il peut exister un préjudice spécifique d'agrément.

Exemple : Une jeune femme faisait de l'athlétisme et, du fait d'une atteinte au tendon d'Achille, ne peut plus courir.

Alors, il convient de faire inscrire un préjudice d'agrément sur l'avis de la CRCI.

Proposer à la personne de fournir des justificatifs de participation à des activités sportives ou de loisirs avant l'accident médical ou encore des attestations.

Il est plus facile de l'apprécier chez l'adulte car en fonction de son mode de vie antérieur et de ses loisirs on disposera d'éléments tandis que chez l'enfant, on ne peut que supposer la perte de loisirs qu'il aurait certainement eue sans l'accident médical. Lorsque les séquelles sont très importantes et entraînent un handicap il est certain qu'elles entraînent, de facto, un préjudice d'agrément.

→ Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)

Ce que recouvre ce poste de préjudice

- cicatrices
- modification de la posture
- modification de la physionomie
- voix modifiée...

Il est évalué sur une échelle de 0 à 7.

**Observations sur l'importance des enjeux**

Il est fondamental de se fonder sur le dossier médical, sur des photos, le descriptif de l'expert...
Comme pour le préjudice esthétique temporaire, il faut surtout considérer la situation personnelle de la victime.

→ Préjudice sexuel (P.S.)

Définition

Il recouvre la perte d'harmonie dans la vie sexuelle et ne s'arrête pas à la perte de possibilité fonctionnelle de procréer.

Trois éléments composent ce poste de préjudice :

1. Aspect physique
2. La modification de la vie sexuelle notamment la perte du plaisir et les difficultés à accomplir l'acte
3. L'impossibilité ou les difficultés à procréer

→ Préjudice d'établissement (P.E.)

C'est l'indemnisation de la renonciation de la victime à des projets de vie familiale :

- Impossibilité de rencontrer un partenaire
- Majoration du risque de rupture
- Altération du rôle de la victime au sein de la famille
- Altération du mode de vie...

Il peut s'agir par exemple :

- Préjudice d'établissement en mariage, en couple et de façon générale, le fait de ne pas pouvoir vivre avec un conjoint.

Ce préjudice concerne les victimes enfants ou adultes devenues très dépendantes, dont on sait qu'ils ne pourront pas fonder un foyer (ou une

famille)... Ou que leur chance de le faire est très réduite.

- Préjudice lié à la rupture de couple :

→ Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)

Il s'agit de tout préjudice ne pouvant être intégré au sein d'autres postes de préjudice.

À titre d'exemples, le référentiel de l'ONIAM établit que : « Ce poste vise à indemniser, à titre exceptionnel, un préjudice extrapatrimonial permanent particulier, non indemnisable par un autre biais, prenant

Penser à faire inscrire un tel préjudice lorsqu'il est patent que la rupture du couple est la conséquence des préjudices subis par la victime.

une résonance toute particulière, soit en raison de la situation particulière de la victime, soit en raison des circonstances ou de la nature de l'accident à l'origine du dommage »

c. Les préjudices extrapatrimoniaux évolutifs - hors consolidation (Préjudices liés à des pathologies évolutives (P.EV.))

On indemnise le risque d'évolution de certaines pathologies, ce qui constitue en soi un préjudice, tels que :

- Les troubles en lien avec la séropositivité
- La réduction de l'espérance de vie
- Les incertitudes sur l'avenir / angoisse
- Le préjudice de contamination

Ainsi, même si la victime peut se dire « guérie », ce poste peut être indemnisé au motif d'une crainte d'une rechute.

On ne tient pas compte de la consolidation puisqu'il y a de grandes chances pour que la victime ne soit jamais consolidée.

B/ INDEMNISATION DES AYANTS DROIT DES VICTIMES DÉCÉDÉES

Sur le fondement de la loi (article L1142-7 du Code de la Santé publique), les ayants droit d'une victime décédée d'un accident médical peuvent prétendre à une indemnisation.

Pour cela, ils doivent identifier leurs préjudices afin que ceux-ci soient mentionnés sur l'avis de la CRCI afin de pouvoir faire l'objet d'une indemnisation par l'ONIAM et/ou par les assurances.

I – Indemnisation des préjudices économiques

a. Pertes de revenus

Ce poste de préjudice est destiné à compenser les pertes de revenus du foyer en raison du décès de la victime directe.

sionnelle pour accompagner la victime avant son décès.

Attention, pour qu'il soit complet :

- il faut prendre en compte les pertes de revenus liés au décès de la victime directe (qui apportait des ressources au foyer), mais aussi celles subies directement par l'ayant droit pendant la période où il a suspendu son activité profes-

Toutes les dépenses supplémentaires nouvelles dues à la cessation des tâches qu'assurait le défunt (garde des enfants...) sont également constitutives de pertes de revenus par économie.

- il faut tenir compte des primes et indiquer le nombre d'enfants à charge ainsi que leur âge.

b. Frais funéraires (frais d'obsèques)

Ce poste de préjudice est destiné à la prise en charge de tout ou partie des frais liés aux obsèques de la victime directe : frais de transport du défunt,

d'inhumation, de pierre tombale, honoraires de la société de pompes funèbres...

c. Frais divers

Ce sont tous les frais engagés par les proches de la victime à l'occasion du décès de la victime (frais d'hébergement...).

II – Indemnisation des préjudices personnels

a. Le préjudice d'accompagnement

Ce poste de préjudice est destiné à indemniser les difficultés et complications quotidiennes rencontrées par les ayants droit de la victime directe dans

l'accompagnement qu'elles ont apporté à celle-ci avant qu'elle ne décède : accompagnement de fin de vie, soutien moral, aide à l'autonomie...

b. Le préjudice d'affection (ou préjudice moral)

Pour les ayants droit d'une victime décédée, ce poste de préjudice correspond à la réparation de la douleur consécutive à la perte d'un être cher.

C/ INDEMNISATION DES AYANTS DROIT DES VICTIMES EN VIE (OU VICTIMES PAR RICOCHET)

I – Indemnisation des préjudices économiques

a. Pertes de revenus

Dans le cas où le proche cesse son activité pour s'occuper de la victime, il faut viser les postes de préjudice suivants :

- Perte de salaires, de bénéfices, rémunération prévisible
- Incidence professionnelle

b. Frais divers

On vise ici :

- Frais de transport/ logement / restauration...
- Frais de gardes d'enfants pour aller voir la victime à l'hôpital, par exemple
- Frais de rapatriement
- Annulation de voyage
- Aménagement du logement ou du véhicule...

II – Indemnisation des préjudices personnels

a. Le préjudice d'affection (ou préjudice moral)

On vise ici :

- Préjudice moral du proche du fait de la vision du handicap de la victime
- Angoisse et peur sur l'avenir
- Retentissement pathologique : conscience de l'état de la victime
- Altération de la relation avec le proche

b. Le préjudice extrapatrimonial exceptionnel

On indemnise ici le bouleversement des conditions de vie des proches :

- Préjudice sexuel du proche
- Préjudice d'agrément des proches
- Modifications d'activités professionnelles des proches (hors diminution des revenus)...

Annexes

ANNEXE A

GLOSSAIRE JURIDIQUE

Accident médical : événement ayant entraîné un dommage anormal au regard de l'évolution prévisible de l'état de santé du patient.

L'accident peut être iatrogène (cf. ce terme *infra*) ou bien résulter de la non réalisation d'un acte de soins nécessaire.

Affection iatrogène : conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé. Il peut être fautif ou non fautif.

Atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) : ex-IPP (incapacité permanente partielle) : déficit physiologique. Il s'agit de la perte définitive d'une fonction du corps.

Elle constitue également un critère de recevabilité des demandes par les CRCI : le taux d'AIPP requis est de 24 %.

Arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) : ex-ITT (incapacité temporaire de travail) : préjudice fonctionnel pendant la période qui court entre la date de l'accident et la date de la consolidation. Il s'agit d'un préjudice économique (les pertes de revenus).

Il constitue également un critère de recevabilité des demandes par les CRCI : l'ATAP d'au moins six mois consécutifs ou non-consécutifs sur une période de un an. Seules les personnes qui exercent une activité professionnelle peuvent donc bénéficier de ce critère d'accès au dispositif.

Ayant droit : personne qui se substitue à une autre pour l'exercice d'un droit qu'elle tient de cette dernière (ex. : les héritiers sont les ayants droit d'une personne décédée...).

CNAMed : Commission Nationale des Accidents Médicaux. Il s'agit de la commission chargée d'harmoniser le dispositif d'indemnisation, d'inscrire les experts médicaux sur une liste nationale unique et de rendre un rapport annuel portant une appréciation sur l'ensemble du dispositif d'indemnisation de la loi du 4 mars 2002.

Consolidation : moment à partir duquel les séquelles sont estimées stabilisées c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'amélioration à attendre. Si la consolidation est intervenue, la date retenue par l'expert

correspond souvent à la sortie du centre de rééducation ou au jour de l'expertise.

Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) : instituée dans chaque établissement de santé, qu'il soit public ou privé, cette commission est chargée de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et d'informer les patients sur les voies de recours et de conciliation. Elle émet des recommandations, formule des propositions dans un rapport remis au Conseil de surveillance de l'établissement qui est transmis à l'ARS (Agence régionale de santé).

Un guide CISS du RU en CRUQPC est accessible auprès du CISS ou sur son site Internet.

Déficit fonctionnel temporaire (DFT) : préjudice fonctionnel personnel qui correspond à une incapacité totale ou partielle subie par la victime jusqu'à sa consolidation. Il est dérogé de toute incidence sur la rémunération professionnelle. 4 classes permettent d'évaluer le DFT : classe I (10 % de la gêne totale), classe II (25 % de la gêne totale), classe III (50 % de la gêne totale) et classe IV (75 % de la gêne totale).

Exemple : un préjudice portant sur le bras droit n'entraîne pas le même déficit pour un gaucher que pour un droitier et inversement.

Il constitue un critère de recevabilité des demandes par la CRCI (50 % pendant une durée de 6 mois).

Diagnostic : identification de l'affection dont le patient est atteint à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen.

Domage : il s'agit d'une conséquence négative et regrettable d'un acte ou d'un fait. À ne pas confondre avec le préjudice qui est la répercussion du dommage.

Par exemple : la perte d'un membre inférieur est le dommage. Le préjudice est l'impossibilité de rester debout longtemps ou la perte de l'emploi exercé antérieurement qui en découle, etc.

Domotique : ensemble des techniques de gestion automatisées appliquées à l'habitation.

État antérieur : Il correspond à l'état pathologique ou à l'état général dans lequel se trouve la victime au moment de la survenue du dommage, à savoir l'accident médical, l'infection nosocomiale ou l'affection iatrogène.

EXPERTISE

Expertise : examen médical, mené par un professionnel de santé diplômé en réparation du dommage corporel, permettant de déterminer ce qu'il s'est passé lors de l'acte de soins, quelles sont les responsabilités dans l'accident, quels préjudices doivent être réparés.

Les experts sont désignés par le Président de la CRCI, pour le compte de la Commission. La règle est la désignation d'un collège d'experts mais la pratique préfère souvent l'expert unique. La CRCI doit désigner un collège d'experts (un spécialiste de la pathologie et un diplômé en réparation du dommage corporel), selon l'article L1142-12 du Code de la Santé publique, mais peut toutefois ne désigner qu'un seul expert lorsqu'elle l'estime suffisant. Ces experts doivent être inscrits sur la liste nationale des experts en accidents médicaux par la Commission Nationale des Accidents Médicaux. Les experts désignés doivent remplir toutes les conditions propres à garantir leur indépendance vis-à-vis des parties en présence.

Complément d'expertise : expertise complémentaire demandée au même expert qui a rendu un rapport initial insuffisant ou incomplet.

Contre-expertise : seconde expertise confiée à un nouvel expert lorsque le premier rapport s'est avéré insuffisant.

Gravité : est considéré comme grave l'événement qui entraîne des conséquences hors de proportion avec l'état de santé antérieur du patient. Selon une définition descriptive, il s'agit du décès, d'une incapacité importante ou durable (mais ces dernières sont à apprécier en lien avec l'évolution prévisible de l'état de santé du patient...).

Iatrogénie : affection due à un médicament ou à un traitement prescrit. Il peut s'agir d'effets indésirables, de surdosage, d'interactions entre plusieurs médicaments.

Infection nosocomiale : toute infection qui apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation, dans un cabinet médical alors qu'elle était absente à l'admission du patient. On considère l'infection comme nosocomiale dès lors qu'elle est apparue dans les 30 jours suivants l'intervention chirurgicale ou dans l'année qui suit la pose d'une prothèse. Elle peut relever d'un événement fautif ou non fautif.

IPP : incapacité permanente partielle. Cette notion est remplacée par celle d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP).

ITT : incapacité temporaire de travail. Cette notion est remplacée par celle d'arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP).

Jurisprudence : ensemble des décisions judiciaires relatives à une question de droit qui permet de dégager une règle juridique.

Perte de chance : la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable³. Dans le contexte médical, les critères suivants sont retenus pour reconnaître la perte de chance :

- Il faut qu'il y ait un aléa, c'est-à-dire qu'il y ait une incertitude sur la guérison;
- Il faut qu'il y ait un lien direct et certain entre le fait générateur (l'acte médical en cause) et la perte de chance de guérison (mais pas entre le fait générateur et l'état de santé actuel de la victime).

La perte de chance peut être celle d'obtenir un gain, de voir se réaliser un risque ou d'éviter un dommage.

Exemples d'actes médicaux pouvant entraîner une perte de chance :

- le défaut d'information : si le patient avait été bien informé du risque de l'intervention, il aurait pu éventuellement s'en abstenir et donc éviter le dommage (le défaut d'information est alors indemnisable, hors la perte de chance, s'il n'a pas permis la prise d'un autre avis médical ou empêcher la préparation psychologique et/ou matérielle à la réalisation du risque);
- l'erreur ou le retard de diagnostic (exemple : 48 h de retard de diagnostic peuvent conduire 20 % de perte de chance de diminuer la gravité de l'état de la victime);
- défaut de surveillance...

Préjudice d'agrément : privation des « plaisirs » de la vie au sens large.

Préjudice esthétique : répercussions sur le plan esthétique. L'appréciation de ce préjudice doit être réalisée de façon objective. Le préjudice esthétique tient compte non seulement des cicatrices mais également de l'image corporelle et de l'ensemble des modifications dans l'aspect physique après l'accident médical.

Préjudice d'établissement : impossibilité de se marier et de fonder une famille.

Préjudices patrimoniaux : ils sont constitués par les pertes économiques, manques à gagner (pertes de salaires, retentissement sur la retraite) et des frais

3. Cour de cassation, 1^{re} chambre civile, 21 novembre 2006.

de toute nature en relation directe et certaine avec l'accident (du type : frais de déménagement, frais d'hébergement à l'hôtel à proximité du centre hospitalier pour l'entourage, frais liés aux démarches administratives...).

Pretium doloris : littéralement, prix de la douleur. Il peut être physique ou physiologique.

Principe du contradictoire : principe général de procédure qui établit l'égalité entre les parties à un litige, obligeant à soumettre tout élément et pièce à la critique de la ou des autres parties, et donc à la communication préalable.

Recevabilité : ensemble des éléments qui rendent possible l'examen au fond d'un dossier par la commission.

Référentiel d'indemnisation : barème d'indemnisation qui permet de convertir mécaniquement les données fournies par l'avis de la CRCI en évaluations financières, il n'en est pas moins, sur le principe, seulement indicatif. Vous le trouverez en annexe de ce guide ou en ligne sur le site Internet de l'ONIAM.

Représentant des usagers : il est le porteur de la parole des usagers, garant du respect de leurs droits et de leurs intérêts, il agit pour l'amélioration du système de santé. Il siège dans les instances et commissions au sein desquelles il est mandaté et est membre d'une association de santé agréée.

Dans la procédure d'indemnisation des accidents médicaux, il est membre de la CRCI, de la CNAMed et des conseils d'orientation et d'administration de l'ONIAM. De son intervention lors de la séance de la CRCI peut dépendre le contenu de l'avis et par là même, l'offre d'indemnisation ensuite formulée par l'ONIAM ou l'assureur.

Tierce personne : il s'agit de la personne qui va aider la victime à réaliser les gestes essentiels de la vie courante. La tierce personne peut être un membre de l'entourage, de la famille ou un tiers mais son indemnisation est requise quelle que soit sa qualité.

Tiers-payeurs : organisme qui a payé pour le compte de la victime (ex. : caisses primaires d'Assurance maladie pour les frais médicaux et les indemnités journalières, MSA, RSI et autres régimes spéciaux d'assurance maladie...) et qui, de ce fait, est susceptible de récupérer les sommes qu'il a préalablement versées (préjudices soumis à recours).

Troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence : ces troubles résultent, par exemple, de la privation de la possibilité de vivre dans son « milieu » naturel. Ils s'apprécient au cas par cas et peuvent **constituer, en dernier recours, un critère de recevabilité des demandes par la CRCI.**

ANNEXE B

GLOSSAIRE MÉDICAL

Anévrisme

Dilatation d'un vaisseau sanguin liée à une faiblesse de la paroi vasculaire, l'anévrisme peut comprimer les structures nerveuses environnantes et provoquer des douleurs ou d'autres symptômes. Les anévrismes sont susceptibles de se rompre, ce qui peut être à l'origine d'une hémorragie parfois fatale.

Antibiothérapie

Traitement d'une affection par un médicament antibiotique qui a la propriété de tuer des micro-organismes vivants ou d'empêcher leur prolifération.

En CRCI, dans les dossiers d'infection nosocomiale, les experts font état, si l'antibiothérapie prophylactique pré, per ou post-opératoire a bien été administrée selon les recommandations en vigueur à l'époque des faits. Lorsque l'infection entraîne des complications graves, ils vérifient que l'antibiothérapie choisie répond aux recommandations.

AVC

Un accident vasculaire cérébral, parfois appelé « attaque cérébrale », se produit quand la circulation du sang dans une partie du cerveau est brusquement interrompue, ce qui peut entraîner des atteintes au cerveau (réversibles ou définitives).

Crise comitiale

Appelée aussi crise d'épilepsie, elle se caractérise par la survenue d'intenses convulsions plus ou moins fortes, accompagnées de perte de connaissance, de raideurs et secousses successives des membres ou au contraire d'atonie.

Embolie (pulmonaire)

Une embolie est une obstruction brusque d'un vaisseau sanguin par un caillot (embolie) entraîné par la circulation sanguine. Il peut aussi s'agir d'une bulle d'air alors appelée embolie gazeuse (introduite par inadvertance lors d'une injection) ou d'un caillot sanguin provenant de la paroi d'un vaisseau ou d'un tissu graisseux.

On parle d'embolie pulmonaire lorsque le caillot provient des membres inférieurs et obture une ou plusieurs branches de l'artère pulmonaire.

Embolisation

Une embolisation est une technique ayant pour but d'injecter à l'intérieur d'une artère, une substance ou un matériel qui va permettre de boucher totalement cette artère.

Risques : anesthésie, infection, échec thérapeutique entre autres.

Endoscopie/cœlioscopie

L'**endoscopie** est l'examen de l'intérieur des organes creux (bronches, œsophage, rectum et colon...) au moyen d'une fibre optique.

La **cystoscopie** permet, elle, d'examiner la vessie.

L'**endoscope**, une fibre optique munie d'une source lumineuse, est introduit par les voies naturelles et permet de pratiquer des biopsies et/ou l'ablation de polypes le cas échéant.

La **cœlioscopie** en est une variante. C'est un examen de la cavité abdominale (ventre) préalablement distendue par insufflation d'air, à l'aide d'un cœlioscope (appareil optique muni d'un dispositif d'éclairage). Il est introduit à travers la paroi abdominale par une petite incision.

Hématome compressif

Accumulation de sang sous la peau ou dans une cavité naturelle à la suite d'une rupture de vaisseaux, pouvant provoquer une compression d'organes vitaux. Selon l'importance de la compression et sa localisation, une intervention chirurgicale peut être envisagée, pour le résorber.

Les hématomes dans les dossiers CRCI sont le plus souvent des complications post-opératoires, responsables de complications graves s'ils ne sont pas pris en charge et traités dans des délais conformes.

Hernie discale

Déplacement ou protubérance d'un disque intervertébral (coussinets entre les vertèbres) ressortant dans le canal rachidien. Elle provoque de fortes douleurs cervicales, discales, lombaires ou sacrées, souvent très invalidantes nécessitant la prise de morphiniques, et elle peut engendrer des troubles neurologiques.

Ischémie

Diminution ou arrêt de la circulation artérielle dans une région plus ou moins étendue d'un organe ou d'un tissu qui ne sont ainsi plus vascularisés.

Les conséquences sont réversibles lorsque l'ischémie est modérée ou transitoire, mais une ischémie grave ou persistante peut aboutir à la destruction des tissus, appelée selon les cas infarctus ou gangrène.

Laparotomie (conversion en...)

Incision chirurgicale permettant d'ouvrir le ventre (la paroi abdominale et le péritoine) pour accéder aux organes (opération à ventre ouvert).

Lorsque l'intervention par coelochirurgie est difficile ou s'avère impossible, on pratique une laparotomie : on parle alors de « conversion en laparotomie ».

Paraplégie

Paralysie des membres inférieurs et de la partie basse du tronc.

Elle est presque toujours accompagnée de troubles sphinctériens.

Plexus brachial

Réseau de nerfs et de vaisseaux situés une partie dans le cou et l'autre partie dans l'aisselle permettant les sensations et les mouvements des bras. Une lésion du plexus entraîne une invalidité plus ou moins importante accompagnée de douleurs neuropathiques des bras, avant-bras et mains.

Prophylaxie

Ensemble des mesures visant à empêcher l'apparition, la réapparition et la propagation de maladies.

Ces mesures de prévention reposent sur tout un ensemble d'outils, depuis l'information et l'hygiène jusqu'à la rééducation, en passant par la vaccination, le dépistage précoce et la quarantaine.

Scanner/IRM

Un scanner est un examen d'imagerie qui utilise les rayons X émis par une machine appelée « scanner » ou « tomodensitomètre » tournant autour du patient. Les capteurs électroniques qui reçoivent les

rayons après avoir traversé le corps, sont reliés à un ordinateur qui va reconstituer des images extrêmement précises des organes et des masses normales ou anormales.

L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) à la différence du scanner, n'utilise pas les rayons X, mais un champ magnétique et des ondes radio. Cette technique d'imagerie peut compléter ou remplacer le scanner.

À noter : un produit opacifiant est parfois injecté dans les veines pour améliorer la qualité des images. Ces examens permettent de voir des tissus invisibles sur de simples radiographies.

Le risque possible est l'allergie au produit de contraste (coma neurovégétatif, décès).

Stomie

Intervention chirurgicale consistant à dévier un conduit naturel, soit en suturant à l'extérieur (en faisant rejoindre l'extrémité du conduit et la peau) soit en faisant communiquer deux organes.

On parle de stomie temporaire lorsque la dérivation est provisoire, en attendant que la cicatrisation des lésions et anastomoses permette un rétablissement du circuit normal (circuit digestif ou urinaire).

Les principaux risques sont : l'anesthésie, les infections nosocomiales, l'occlusion, la cicatrisation.

Syndrome de la queue de cheval

Ensemble de symptômes dus à la compression des nerfs constituant la queue de cheval, située dans les trois dernières vertèbres, dans le canal vertébral à l'intérieur de la colonne vertébrale.

Ce syndrome peut entraîner des troubles musculaires (réflexes amoindris) pouvant aller jusqu'à la paralysie, mais également des douleurs dans la région lombaire et des troubles intestinaux ou urinaires (incontinence ou rétention), troubles sexuels. Ce sont plus souvent des troubles sensitifs que moteurs.

Tétraplégie

La tétraplégie, appelée aussi quadriplégie, est le terme qui désigne la paralysie des quatre membres, partielle ou totale, causée généralement par une lésion de la moelle épinière.

ANNEXE C

CONTACTS UTILES

LES INSTITUTIONS

L'ONIAM :

www.oniam.fr
36, avenue du Général de Gaulle
Tour Gallieni II
93175 Bagnolet Cedex
Tél. : 01 49 93 89 00
Fax : 01 49 93 89 46
Mél : secretariat@oniam.fr

Les CRCI – coordonnées des services administratifs

• Pour les CRCI des régions Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Haute Normandie, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Pays-de-la-Loire, Picardie et La Réunion :

36, avenue du Général de Gaulle
Tour Gallieni II
93175 Bagnolet Cedex
Tél. : 01 49 93 89 20
Fax : 01 49 93 89 30

• Pour les CRCI des régions Auvergne, Bourgogne, Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes :

235, cours Lafayette
69451 Lyon Cedex 06
Tél. : 04 72 84 45 60 – Fax : 04 72 84 04 59

• Pour les CRCI des régions Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Guadeloupe, Guyane, Lorraine et Martinique :

10, viaduc Kennedy
BP 40340
54006 Nancy Cedex
Tél. : 03 83 57 46 00
Fax : 03 83 57 46 09

• Pour les CRCI des régions Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes :

50, rue Nicot
33000 Bordeaux
Tél. : 05 57 59 28 50
Fax : 05 57 59 28 51

La CNAMed

www.sante.gouv.fr/commission-nationale-des-accidents-medicaux-cnamed.html

LES ASSOCIATIONS D'USAGERS

Le CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) :

www.leciss.org

SANTÉ INFO DROITS



Ligne d'information et d'orientation sur les questions juridiques et sociales liées à la santé, mise en œuvre par le CISS : des écoutants juristes spécia-

lisés, notamment sur les problématiques touchant à la représentation des usagers du système de santé et aux droits des malades, peuvent répondre aux questions qui se présentent à vous dans le cadre de vos missions dans les CRCI.

En appelant Santé Info Droits au **01 53 62 40 30**.

Vous pouvez également remplir le formulaire de demande en ligne :

www.leciss.org/sante-info-droits

L'AVIAM (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux et à leur famille)

www.aviamfrance.org

Le LIEN (Association de défense des victimes d'accidents médicaux et d'infections nosocomiales)

<http://lelien-association.fr/site/tiki-index.php>

La FNATH (Association des accidentés de la vie)

www.fnath.org

L'Association des Paralysés de France

www.apf.asso.fr

Familles Rurales

www.famillesrurales.org

L'UNAFTC (Union nationale des associations de traumatisés crâniens et cérébro-lésés)

www.traumacranien.org

LES ORDRES PROFESSIONNELS

L'Ordre des médecins

www.conseil-national.medecin.fr

L'Ordre des chirurgiens-dentistes

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

L'Ordre des pharmaciens

www.ordre.pharmacien.fr

L'Ordre des infirmiers

www.ordre-infirmiers.fr

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

www.ordremk.fr

L'Ordre des pédicures-podologues

www.onpp.fr

L'Ordre des sages-femmes

www.ordre-sages-femmes.fr

Le Défenseur des droits

<http://defenseurdesdroits.fr/>

ANNEXE D

DOCUMENTS UTILES

• **Documents produits par la CNAMed, accessibles sur son site Internet :**

- Outil d'aide à la préparation de l'évaluation des besoins en aide humaine lors de l'expertise médicale de la CRCI Le livret de l'expert
- La mission de l'expertise médicale
- La liste nationale des experts en accidents médicaux

• **Documents produits par l'ONIAM accessibles sur son site Internet :**

- Le formulaire de demande d'indemnisation auprès des CRCI :
- Le document d'information sur le dispositif public d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux par la voie du règlement amiable
- La fiche pratique
- Le document d'information pour comprendre la procédure d'indemnisation par l'ONIAM
- Le référentiel d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (reproduit au sein de ce guide, en annexe)
- Le référentiel d'indemnisation des victimes du VHC d'origine transfusionnelle

• **OUTILS ASSOCIATIFS :**

Guide de l'expertise médicale amiable en 10 points – APF :

<http://vos-droits.apf.asso.fr/media/00/02/1023226753.pdf>

Guide CISS du représentant des usagers du système de santé :

www.leciss.org/sites/default/files/Guide%20CISS-du-RU-4e-edition.pdf

Guide CISS « Usagers du système de santé : connaissez & faites valoir vos droits ! » :

www.leciss.org/sites/default/files/Guide-CISS-Sante-BD.pdf

Fiches CISS pratique :

- Victimes d'accident médical, d'infection nosocomiale ou d'affection iatrogène : quelles démarches ?
www.leciss.org/sites/default/files/53_Victimes%20accident%20medical_fiche%20CISS.pdf
- Les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales :
www.leciss.org/sites/default/files/12-CRCI-fiche-CISS.pdf
- Accès au dossier médical et aux informations de santé
www.leciss.org/sites/default/files/11-Acces%20au%20dossier%20medical-fiche-CISS.pdf

- Accès au dossier médical et aux informations de santé : les cas particuliers :
www.leciss.org/sites/default/files/11bis-Acces%20au%20dossier%20medical-Cas%20particuliers-fiche-CISS.pdf

- Accès au dossier médical : lettres types de demande de communication du dossier médical auprès d'un établissement ou d'un professionnel de santé :
www.leciss.org/sites/default/files/11%20ter-Acces%20au%20dossier%20medical%20modele%20lettre-fiche-CISS.pdf

- Quel recours face à un refus d'accès au dossier médical ?
www.leciss.org/sites/default/files/11%20quinquies_Recours%20refus%20acces%20dossier%20medical.pdf

- La durée de conservation des dossiers médicaux
www.leciss.org/sites/default/files/11%20quater-Duree%20conservation%20dossiers%20medicaux-fiche-CISS.pdf

- La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Son rôle dans l'examen des plaintes
www.leciss.org/sites/default/files/19-CRUQPC-fiche-CISS.pdf

- Où siègent les représentants des usagers du système de santé ?
www.leciss.org/sites/default/files/41-Ou%20siegent%20les%20RU-fiche-CISS.pdf

- L'indemnisation par l'ONIAM des victimes de contamination au virus de l'hépatite C par transfusion de produits sanguins ou d'injections de médicaments dérivés du sang :
www.leciss.org/sites/default/files/45-Indemnisation%20victimes%20contamination%20VHC-fiche-CISS.pdf

- L'indemnisation des victimes du benfluorex (Mediator) devant l'ONIAM
www.leciss.org/sites/default/files/43-Indemnisation-victimes-Mediator-fiche-CISS.pdf

TEXTES DE RÉFÉRENCE :

Code de la Santé publique

Sur les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Articles L1110-1 à L1115-2 et R1110-1 à R1114-17

Sur les risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé

Articles L1142-1 à L1142-29, D2242-1 à D1142-70 et R1142-4 à R1142-63-17

Tous ces textes sont accessibles via le site

www.legifrance.gouv.fr

ANNEXE E

Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM

PRÉSENTATION DU RÉFÉRENTIEL

QUI PEUT ÊTRE INDEMNISÉ PAR L'ONIAM ?

L'ONIAM a pour principale mission d'indemniser les victimes d'aléa thérapeutique – ou leurs ayants droit en cas de décès - autrement dit, les victimes d'accidents médicaux pour lesquels la responsabilité d'un acteur de santé n'est pas rapportée. L'office peut aussi être amené à se substituer à l'assureur en cas de faute, si ce dernier est défaillant.

Il a, en outre, en charge l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales graves et celle des victimes d'accidents du fait de la recherche biomédicale, lorsque le promoteur de la recherche a prouvé l'absence de faute à sa charge.

Enfin, l'ONIAM indemnise les victimes du V.I.H. d'origine transfusionnelle, ainsi que les victimes présentant des dommages consécutifs à une vaccination obligatoire.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

1) L'indemnisation est prononcée par le juge dans le cadre d'une procédure contentieuse. Dans ce cas, c'est le juge qui fixe le montant de l'indemnisation à la charge de l'office.

2) La victime a entrepris une procédure devant une commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) :

- Si la commission conclut à un aléa ou à une infection nosocomiale grave, elle transmet un avis en ce sens à l'office, en précisant par ailleurs la nature des préjudices subis par la victime, ou ses ayants droit, ainsi que leur étendue. La commission ne se prononce cependant pas sur le montant de l'indemnisation mise ainsi à la charge de la solidarité nationale. Le calcul de ce montant, pour chacun des postes de préjudices énumérés par l'avis de la CRCI, relève donc de la compétence de l'ONIAM;

- Si la commission conclut à une faute, l'avis est adressé au responsable, et à son assureur qui aura la charge de faire une offre à la victime (ou/et aux victimes par ricochets ainsi qu'éventuellement aux ayants droit en cas de décès).

Cependant, en cas de refus ou d'absence d'offre de la part de l'assureur dans le délai de 4 mois prévu par la loi, la victime peut se retourner vers l'office pour obtenir une proposition d'offre réalisée sur la base de l'avis de la CRCI.

3) Pour ce qui concerne les victimes du V.I.H. d'origine transfusionnelle ou les victimes des conséquences d'une vaccination obligatoire, les montants attribués sont calculés, sauf circonstances particulières et exceptionnelles, à partir de ce même référentiel.

QUELS SONT LES PRÉJUDICES INDEMNISÉS PAR L'ONIAM ?

Le principe général est celui de la réparation intégrale consistant à indemniser tous les préjudices subis par la victime, afin de compenser au mieux les effets des dommages subis.

Dans le cadre du dispositif de règlement amiable, ce sont les CRCI - et non l'ONIAM - qui déterminent les préjudices susceptibles d'être indemnisés. Ceux-ci figurent dans l'avis qui est transmis à la victime et à l'organisme qui aura en charge de faire une offre d'indemnisation.

La liste des postes de préjudices, qui sert de référence à l'ONIAM pour l'élaboration du présent référentiel, est celle issue du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels sous la

direction de M. Jean-Pierre Dintilhac¹. L'adoption de cette référence a fait l'objet d'une délibération du conseil d'administration de l'office en date du 12 décembre 2007. Cette liste est par ailleurs jointe en annexe à ce document.

QUELLES SONT LES MODALITÉS D'INDEMNISATION PROPRES À L'ONIAM ?

- 1) En cas d'aléa, l'ONIAM ne peut indemniser que la victime directe, ou les ayants droit de la victime en cas de décès de cette dernière. Les victimes par ricochet des personnes vivantes ne peuvent pas être indemnisées au titre de la solidarité nationale (article L.1142-1, II du code de la santé publique). Cependant, quand l'ONIAM intervient en substitution d'un assureur défaillant, il applique les règles de droit commun : indemnisation de toutes les victimes y compris les victimes par ricochet des personnes vivantes.
- 2) L'ONIAM déduit les créances des organismes sociaux avant de transmettre l'offre au demandeur. Cette déduction se fait dans les conditions fixées par l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006 à savoir : déduction opérée poste par poste et droit préférentiel de la victime au paiement, dans le cas où l'avis ne retient qu'une indemnisation partielle.
- 3) La transformation d'une rente (ou d'un salaire) en capital est calculée sur la base de l'espérance de vie issue des données INSEE pour 2008, avec un taux d'intérêt établi sur la base de la moyenne du TEC 10 au cours du second semestre 2010, soit 2,92 %.

POURQUOI PROPOSER UN RÉFÉRENTIEL ?

Le référentiel d'indemnisation permet de garantir au mieux l'égalité de traitement des demandeurs sur l'ensemble du territoire.

Il peut permettre à chacun d'avoir une idée du montant de l'indemnisation qui lui sera proposé, même si cela ne peut qu'être une estimation portant sur une partie de l'indemnisation, et n'est donné qu'à titre indicatif. Le référentiel n'a aucune valeur contractuelle.

Enfin et surtout, ce référentiel est un outil d'évaluation et de suivi du dispositif. Les montants offerts par l'office font, au moins une fois par an, l'objet d'une comparaison avec le référentiel. Cette évaluation est intégrée au rapport de l'office : elle est donc rendue publique.

Ce référentiel est susceptible d'évolution en fonction de l'actualisation de certaines données et des résultats de l'évaluation.

POURQUOI CE RÉFÉRENTIEL N'EST-IL QU'INDICATIF ?

Aucune situation ne ressemble vraiment à une autre. C'est pourquoi il est nécessaire de prendre en compte, de manière individualisée, les préjudices de chaque victime. Ainsi, une offre ne peut se fonder sur la seule application mécanique d'un référentiel. Quand cela apparaît possible, une fourchette est proposée. Cette fourchette ne reste pour autant qu'une indication.

Par ailleurs, certains préjudices, notamment économiques, ne font pas l'objet de références

quantifiées. Le principe de la réparation intégrale veut que les préjudices économiques soient indemnisés, non pas sur une base forfaitaire, mais sur la base des dépenses réelles attestées par des factures ou à défaut, en particulier pour des frais futurs, sur la base d'estimations.

1. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000217/0000.pdf>

EN CONCLUSION

Ce référentiel est donc un guide, utilisé par l'office, et mis à la disposition du public. Il représente à la fois un effort de rationalisation et une volonté de transparence. C'est enfin un outil essentiel de l'évaluation du dispositif.

Le premier référentiel de l'établissement a été adopté par le conseil d'administration de l'ONIAM en date du 25 janvier 2005. Il a été modifié le 13 février 2008, par l'adoption d'une nouvelle liste de postes de nomenclature. Il a par ailleurs été actualisé au 1^{er} juillet 2009, puis au 1^{er} septembre 2011.

LE RÉFÉRENTIEL

Avant propos :

- Ce document est le référentiel indicatif d'indemnisation de l'ONIAM. Il est par conséquent centré sur la présentation des références indemnitaires de l'établissement, et non sur la définition même des postes qui ne relèvent pas de sa compétence. Pour autant, un rappel de la définition du ou des préjudices est généralement proposé; la juxtaposition dans un même document des deux aspects - définition et référence indemnitaire - étant le plus souvent indispensable à la clarté de la présentation.
- Il est construit à partir de la liste des postes de préjudices proposée par le groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels sous la direction de M. Jean-Pierre Dintilhac;
- Tous les postes de préjudices traités dans ce rapport sont repris dans le référentiel. Pour autant, ne sont indemnisés par l'ONIAM que les préjudices qui sont mentionnés dans les avis des commissions.
- De plus, et en dehors du cadre indemnitaire strict, l'ONIAM indemnise les frais de conseils, notamment par un médecin ou un avocat, engagés par la victime, ou par ses ayants droit en cas de décès, dans le cadre du processus de règlement amiable. Ces frais font l'objet d'un remboursement sur production de pièces justificatives, et sous réserve qu'ils ne soient pas pris en charge au titre d'un contrat d'assurance de protection juridique ou d'un système de protection. Ce remboursement est plafonné à 700 €.

A- INDEMNISATION DES VICTIMES DIRECTES

1 - Les préjudices patrimoniaux

Les préjudices patrimoniaux sont constitués par les pertes économiques, manque à gagner, et frais de toute nature en relation directe avec l'accident en cause.

On peut les décomposer de la manière suivante :

a) Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Dépenses de santé actuelles

Sont indemnisés les frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, etc.), restés à la charge de la victime, durant la phase temporaire d'évolution, avant la consolidation.

Le forfait hospitalier est pris en charge à hauteur de 50 % (cet abattement tient à la nature du forfait hospitalier qui constitue « une contribution minimale représentant les dépenses que l'hospitalisé aurait normalement supportées, qu'il soit ou non à l'hôpital »).

- Frais divers

Il s'agit ici de prendre en compte, sur justificatifs, tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime directe, en lien exclusif avec l'accident, avant la date de consolidation.

- Pertes de gains professionnels actuels

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

b) Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :*- Dépenses de santé futures*

Sont indemnisés les frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état séquellaire après consolidation. Ces frais futurs incluent aussi les frais de prothèses ou d'appareillages spécifiques nécessaires afin de suppléer le handicap permanent qui demeure après la consolidation.

- Frais de logement adapté

Sont pris en compte les frais que doit déboursier la victime directe à la suite du dommage pour adapter son logement à son handicap ou le surcoût financier engendré par l'acquisition d'un domicile adapté, ou encore les surcoûts de loyer correspondants.

Le cas échéant, sont indemnisés les frais de déménagement et d'emménagement. Ce poste intègre également les frais de structure de type foyer ou maison médicalisée.

Ces indemnités interviennent sur la base de factures ou devis.

- Frais de véhicule adapté

Sont prises en compte, sur justificatifs, les dépenses rendues nécessaires pour l'adaptation du véhicule en raison du handicap permanent, ou le cas échéant, le surcoût lié à l'achat d'un véhicule adapté.

- Assistance par tierce personne

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

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

Les besoins journaliers en heures de tierce personne sont déterminés par l'avis de la commission.

- Pertes de gains professionnels futurs

L'indemnisation des préjudices économiques à venir (préjudices professionnels) est évaluée à partir des éléments de faits.

- Incidence professionnelle

Il s'agit du préjudice subi en raison de la dévalorisation sur le marché du travail : perte d'une chance professionnelle, augmentation de la pénibilité de l'emploi occupé, frais de reclassement professionnel ou formation de reconversion ou encore nécessité de devoir abandonner la profession exercée avant le dommage.

Ce poste de préjudice inclut également la perte de retraite, en fonction de l'incidence sur le montant de la pension auquel pourra prétendre la victime au moment de sa prise de retraite, et qui est calculé à partir des données fournies par le demandeur.

Il inclut aussi la perte de chance de retrouver un emploi, qui doit être évaluée au cas par cas. En l'absence d'éléments de faits, l'indemnisation est calculée à partir d'une évaluation fondée sur tout indice permettant une estimation.

- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation

Ce poste de préjudices, apprécié notamment en fonction du niveau d'étude de la victime, est indemnisé selon les cas d'espèce.

2 - Préjudices extrapatrimoniaux**a) Préjudices extrapatrimoniaux temporaires (avant consolidation) :***- Déficit fonctionnel temporaire*

Les troubles dans les conditions d'existence de toutes natures (perturbation de la vie familiale, perte d'agrément, préjudice sexuel temporaire, notamment) font l'objet d'une indemnisation forfaitaire. Cette

indemnisation est, pour une incapacité fonctionnelle totale, de 300 à 500 € par mois, en fonction des circonstances.

- Souffrances endurées

Il s'agit de toutes les souffrances physiques et psychiques, du jour de l'accident à celui de sa consolidation.

Ce préjudice est évalué sur une échelle exprimée en degrés de 1 à 7. Il est indemnisé en fonction du référentiel suivant. Les montants sont présentés sous la forme de fourchettes.

Degrés	Montants en €
1	799- 1 081
2	1 360 – 1 840
3	2 397 – 3 243
4	4 624 – 6 256
5	8 755 – 11 845
6	15 504 – 20 976
7	25 585 – 34 615

Lorsque la période avant consolidation est particulièrement brève, l'indemnisation peut être calculée au prorata temporis.

- Préjudice esthétique temporaire

Ce poste couvre l'altération majeure - mais temporaire - de l'apparence physique, dont les conséquences personnelles sont très préjudiciables : le préjudice est lié à la nécessité de se présenter dans un état physique altéré au regard des tiers.

Les critères pris en compte pour fixer le montant de l'indemnisation sont, notamment, la gravité de l'altération physique en cause et la durée de cette situation.

b) Préjudices extrapatrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Déficit fonctionnel permanent

Ce poste indemnitaire est mesuré par un taux (de 1 à 100 %).

Il est évalué en référence à un barème médical basé sur les notions d'incapacité permanente partielle (IPP) ou d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP). Ces notions sont équivalentes : par exemple 50 % d'AIPP ou 50 % d'IPP évalués par l'expert s'entendent comme 50 % de DFP.

Ce taux mesure le déficit fonctionnel qui résulte de l'accident et qui affectera de manière définitive les capacités à venir de la victime : réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel, douleurs séquellaires après consolidation. Il s'agit donc concrètement d'une indemnisation destinée à compenser le handicap fonctionnel que la victime va rencontrer dans sa vie future en raison de son déficit, ce qui explique pourquoi l'âge est un facteur déterminant du montant de l'indemnisation versée à ce titre.

Le montant de l'indemnisation versée tient donc compte, d'une part, du pourcentage du déficit fonctionnel permanent, donc de la gravité, et, d'autre part, de l'âge (au moment de la consolidation), afin de prendre en compte l'espérance de vie moyenne à un âge donné.

Ainsi :

- pour un âge donné, un taux de DFP de 50 % donnera lieu à une indemnisation supérieure à celle qui serait octroyée pour un taux de 20 %,

- et pour un taux de DFP donné, l'indemnisation d'une personne de 20 ans sera supérieure à celle d'une personne de 70 ans.

De même, pour un âge et un taux donnés, l'indemnisation proposée à une femme sera un peu supérieure à celle proposée à un homme, en raison de la différence statistique d'espérance de vie.

L'indemnisation du déficit fonctionnel permanent est calculée selon un modèle schématisé dans les tableaux de référence suivants :

Les montants sont exprimés en euros.

HOMMES

DFP %	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
âge 10	5297	22321	47918	82090	124835	176154	236047	304513	381554	467168
20	5138	20892	43949	74310	111975	156944	209216	268792	335671	409855
30	4984	19507	40102	66770	99511	138325	183211	234170	291202	354307
40	4832	18135	36292	59303	87167	119884	157455	199879	247157	299289
50	4689	16853	32731	52322	75627	102646	133379	167825	205986	247860
60	4558	15671	29446	45884	64986	86749	111176	138265	168017	200432
70	4442	14628	26549	40206	55598	72726	91590	112189	134524	158595
80	4348	13783	24202	35605	47993	61366	75723	91065	107391	124701
90	4287	13231	22669	32602	43029	53950	65365	77275	89679	102576
100	4261	12995	22013	31316	40903	50775	60930	71370	82094	93103

FEMMES

DFP %	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
âge 10	5418	23409	50942	88016	134631	190788	256486	331726	416507	510829
20	5257	21963	46924	80141	121613	171341	229325	295564	370059	452810
30	5097	20526	42934	72321	108687	152032	202357	259660	323942	395203
40	4940	19111	39002	64614	95947	133000	175774	224268	278483	338419
50	4788	17742	35200	57162	83628	114598	150072	190050	234533	283519
60	4641	16422	31533	49974	71745	96848	125280	157043	192136	230560
70	4502	15169	28053	43153	60470	80004	101755	125723	151907	180308
80	4381	14079	25025	37219	50660	65350	81287	98473	116906	136588
90	4299	13340	22971	33193	44006	55410	67404	79989	93164	106931
100	4261	13002	22034	31356	40969	50873	61068	71554	82330	93397

- Préjudice d'agrément

Ce poste de préjudice vise exclusivement à réparer le préjudice d'agrément spécifique lié à l'impossibilité, pour la victime, de pratiquer régulièrement une activité sportive ou de loisirs qu'elle exerçait avant l'accident.

Ce préjudice est indemnisé en tenant compte de tous les paramètres individuels de la victime (âge, niveau, etc.) et sur production de justificatifs.

Il est calculé sur la base d'une proportion de 5 à 20 % du montant attribué au titre du DFP, en fonction de la situation.

- Préjudice esthétique permanent

Ce poste vise à réparer une altération permanente de l'apparence physique. Ce préjudice est évalué sur une échelle exprimée en degrés de 1 à 7.

Il est indemnisé en fonction du référentiel suivant.

Les montants sont présentés sous la forme de fourchettes.

Degrés	Montants en €
1	600 - 812
2	1 350 - 1 826
3	2 907 - 3 933
4	5 930 - 8 022
5	11 076 - 14 985
6	19 003 - 25 709
7	30 369 - 41 087

- Préjudice sexuel

Ce poste de préjudices, destiné à compenser les troubles de nature sexuelle, est indemnisé selon le cas d'espèce.

- Préjudice d'établissement

Ce poste, qui représente la perte de chance de réaliser normalement un projet de vie familiale, en raison de la gravité du handicap, est indemnisé selon le cas particulier.

- Préjudices permanents exceptionnels

Ce poste vise à indemniser, à titre exceptionnel, un préjudice extrapatrimonial permanent particulier, non indemnisable par un autre biais, prenant une résonance toute particulière, soit en raison de la situation particulière de la victime, soit en raison des circonstances ou de la nature de l'accident à l'origine du dommage.

Il est indemnisé selon le cas d'espèce.

c) Préjudices extrapatrimoniaux évolutifs (hors consolidation) :

- Préjudices liés à des pathologies évolutives

Ce poste concerne des préjudices consécutifs à des pathologies évolutives, dont le risque d'évolution constitue en lui-même un chef de préjudice distinct, qui doit être indemnisé en tant que tel. Il résulte en particulier pour la victime de la connaissance de sa contamination par un agent exogène (biologique, physique ou chimique), qui comporte le risque d'apparition ou de développement d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital.

Le montant de l'indemnisation sera fixé en fonction de critères personnels (âge notamment), mais aussi de la nature de la pathologie en cause (risque évolutif, pronostic, etc.).

B- NOMENCLATURE DES PRÉJUDICES CORPORELS DES VICTIMES INDIRECTES

1 - Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe

a) Préjudices patrimoniaux

- Pertes de revenus des proches

Ce poste de préjudice est destiné à compenser les pertes de revenus du foyer en raison du décès de la victime directe.

Pour évaluer l'indemnisation de ce préjudice, il est procédé au calcul de la différence de revenus, avant et après le décès, déduction faite de la part de consommation de la victime directe. Cette différence est ensuite répartie entre chacun des ayants droit.

Ce poste peut comprendre, si le décès est exclusivement imputable à l'accident médical, la perte ou la diminution de revenus dont justifient les proches de la victime directe, lorsqu'ils sont obligés d'assurer une

présence constante, en raison de l'accident médical, jusqu'au décès de celle-ci. La réparation de ce chef de préjudice ne peut cependant pas conduire le proche de la victime directe à bénéficier d'une double indemnisation, à la fois au titre de celle de ce poste et de celle qu'il pourrait percevoir au titre de l'assistance par une tierce personne, s'il décidait de remplir cette fonction auprès de la victime.

- Frais d'obsèques

L'indemnisation des frais d'obsèques vise les frais funéraires au sens strict.

- Frais divers des proches

Ce poste, apprécié sur la base des frais réels, comprend les frais de transport, d'hébergement et de restauration occasionnés du fait du décès.

Le cumul des frais occasionnés par le décès - frais d'obsèques et frais divers des proches - est indemnisé dans la limite d'un plafond de 5 000 €.

b) Préjudices extrapatrimoniaux

- Le préjudice d'accompagnement

Ce poste est destiné à réparer les bouleversements sur leur mode de vie au quotidien, dont sont victimes les proches de la victime directe de l'accident médical, jusqu'au décès de celle-ci. Il concerne les proches ayant partagé une communauté de vie effective et affective avec la victime directe.

Il est calculé sur une base forfaitaire de 300 € à 500 € par mois selon le cas d'espèce.

- Le préjudice d'affection

Le tableau ci-après décrit les références utilisées, sous réserve de l'appréciation de la réalité des liens unissant l'ayant droit à la personne décédée.

VICTIME DÉCÉDÉE	BÉNÉFICIAIRE	MONTANT en €
Conjoint / Concubin / Pacsé	Conjoint / Concubin/ Pacsé	15 000 – 25 000
Enfant mineur	Parent	15 000 – 25 000
Enfant majeur au foyer	Parent	12 000 – 20 000
Enfant majeur hors foyer	Parent	4 000 – 6 500
Parent	Enfant mineur	15 000 – 25 000
	Enfant majeur au foyer	12 000 – 20 000
	Enfant majeur hors foyer	4 000 – 6 500
Grand parent	Petit enfant	
	- avec cohabitation	4 000 – 6 500
	- sans cohabitation	2 000 – 4 500
Petit enfant	Grand parent	
	- avec cohabitation	4 000 – 6 500
	- sans cohabitation	2 000 – 4 500
Frère / Sœur	Frère / Sœur	
	- avec cohabitation	12 000 – 20 000
	- sans cohabitation	4 000 – 6 500

2 - Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe

Rappel : dans l'état actuel du droit, la réparation du dommage au titre de la solidarité nationale n'ouvre pas droit à indemnisation du préjudice des victimes par ricochet de la victime directe vivante. En revanche,

l'ONIAM procède à une telle évaluation, lorsqu'il intervient en substitution d'un assureur défaillant, si l'avis de la commission a retenu ces chefs de préjudices.

a) Préjudices patrimoniaux

- *Perte de revenus des proches*

La perte ou de la diminution de revenus, engendrées pour le conjoint, les enfants, par le handicap de la victime directe peuvent faire l'objet d'une compensation sur la base de justificatifs.

- *Frais divers des proches*

Ils couvrent les frais attestés de transports, d'hébergement et de restauration engagés pendant ou après l'accident médical de la victime directe, notamment si celle-ci séjourne dans un établissement éloigné de la résidence de sa famille qui vient la voir régulièrement.

b) Préjudices extrapatrimoniaux

- *Préjudice d'affection*

C'est le préjudice moral subi par certains proches à la vue de la souffrance et de la déchéance de la victime directe.

Il est indemnisé selon le cas d'espèce.

- *Préjudices extrapatrimoniaux exceptionnels*

Il s'agit d'un préjudice exceptionnel couvrant les bouleversements du mode de vie au quotidien, dont justifient les proches, du fait du handicap de la victime directe.

Ce poste de préjudice concerne les proches de la victime directe, qui partagent habituellement une communauté de vie effective avec la personne handicapée.

Il est indemnisé selon le cas d'espèce.

NOMENCLATURE DES POSTES DE PRÉJUDICES

A- NOMENCLATURE DES PRÉJUDICES CORPORELS DE LA VICTIME DIRECTE

1 - Préjudices patrimoniaux

a) Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Dépenses de santé actuelles (D.S.A.)
- Frais divers (F.D.)
- Pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)

b) Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Dépenses de santé futures (D.S.F.)
- Frais de logement adapté (F.L.A.)
- Frais de véhicule adapté (F.V.A.)
- Assistance par tierce personne (A.T.P.)
- Pertes de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)
- Incidence professionnelle (I.P.)
- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

2 - Préjudices extrapatrimoniaux

a) Préjudices extrapatrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)
- Souffrances endurées (S.E.)
- Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

b) Préjudices extrapatrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)
- Préjudice d'agrément (P.A.)
- Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)
- Préjudice sexuel (P.S.)
- Préjudice d'établissement (P.E.)
- Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)

c) Préjudices extrapatrimoniaux évolutifs (hors consolidation) :

- Préjudices liés à des pathologies évolutives (P.EV.)

B- NOMENCLATURE DES PRÉJUDICES CORPORELS DES VICTIMES INDIRECTES OU VICTIMES PAR RICOCHET

1 - Préjudices des victimes indirectes en cas de décès de la victime directe

a) Préjudices patrimoniaux :

- Pertes de revenus des proches (P.R.)
- Frais d'obsèques (F.O.)
- Frais divers des proches (F.D.)

b) Préjudices extrapatrimoniaux :

- Préjudice d'accompagnement (P.A.C.)
- Préjudice d'affection (P.A.F.)

2 - Préjudices des victimes indirectes en cas de survie de la victime directe

a) Préjudices patrimoniaux :

- Pertes de revenus des proches (P.R.)
- Frais divers des proches (F.D.)

b) Préjudices extrapatrimoniaux :

- Préjudice d'affection (P.A.F.)
- Préjudices extrapatrimoniaux exceptionnels (P.EX.)

Coordonnées des CISS en régions

Le CISS est aussi représenté sur l'ensemble du territoire au travers d'un réseau de collectifs régionaux.

- **CISS Alsace**
Président : Jean-Michel Meyer
Hôpital civil de Strasbourg
Ancien bâtiment d'ophtalmologie
1, place de l'Hôpital - BP 426
67091 Strasbourg Cedex
Tél. : 03 88 44 53 52 / ciss-alsace@orange.fr
www.leciss.org/ciss-alsace
- **CISS Aquitaine**
Présidente : Ginette Poupard
Espace Rodesse
103 ter, rue Belleville
33000 Bordeaux
Tél. : 05 56 93 05 92 / ciss-aquitaine@orange.fr
www.ciss-aquitaine.org
- **CISS Auvergne**
Président : Jean-Pierre Bastard
Hôpital Gabriel Montpied
Étage 8 - 58, rue Montalembert
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 26 29 50 / cissa63@orange.fr
www.leciss.org/ciss-auvergne
- **CISS Basse-Normandie**
Président : Claude Françoise
Maison des Associations
1018 Quartier du Grand Parc
14200 Hérouville-Saint-Clair
Tél. : 02 31 83 01 43 / ciss.bn@orange.fr
www.ciss-basse-normandie.fr
- **CISS Bourgogne**
Président : Yann Lecomte
2, rue des Corroyeurs - Boîte FF6
21000 Dijon
Tél. : 03 80 49 19 37
bourgogne@leciss.org
www.leciss.org/ciss-bourgogne
- **CISS Bretagne**
Président : Alain Faccini
1, square de Macédoine
35200 Rennes
Tél. : 02 99 53 56 79
secretariat.cissbretagne@laposte.net
www.lecissbretagne.org
- **CISS Délégitation région Centre**
Présidente : Danièle Desclerc-Dulac
4, rue Adolphe Crespin - BP 1242
45002 Orléans Cedex 01
Tél. : 02 38 77 57 87 / regioncentre@leciss.org
www.leciss.org/ciss-region-centre
- **CISS Champagne-Ardenne**
Présidente : Danielle Quantinet
7, boulevard Kennedy
51000 Châlons-en-Champagne
Tél. : 03 26 68 50 04 / lecissca@yahoo.fr
www.leciss.org/ciss-champagne-ardenne
- **CISS Corse**
Présidente : Georgette Simeoni
c/o UDAF 2B
4, cours Pierangeli
20200 Bastia
Tél. : 04 95 32 67 86 / ciss-corse@orange.fr
www.leciss.org/ciss-corse
- **CISS Franche-Comté**
Présidente : Anny Augé
CHU - 2, place Saint-Jacques
25030 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 51 84 31 / franchecomte@leciss.org
www.ciss-fc.org
- **CISS-Guadeloupe**
Président : François Le Maistre
Immeuble Ligue contre le cancer,
Rond-Point Miquel – Boulevard Légitimus
97110 Pointe-à-Pitre
Tél. : 05 90 68 21 55 / ciss.guadeloupe@gmail.com
www.leciss.org/ciss-guadeloupe
- **CISS Haute-Normandie**
Président : Yvon Graïc
CHU Hôpitaux de Rouen - Pavillon Pillore
Espace des Usagers - 3^e étage
1, rue de Germont
76031 Rouen Cedex
Tél. : 02 35 36 29 81 / hautenormandie@leciss.org
www.leciss.org/ciss-haute-normandie
- **CISS Île-de-France**
Président : Eugène Daniel
26, rue Monsieur le Prince
75006 Paris
Tél. : 01 43 29 92 38 / accueil@ciss-idf.com
www.ciss-idf.com

• **CISS Délégation Languedoc-Roussillon**

Présidente : Annie Morin

ADREA Mutuelle

393, rue de l'Hostellerie

30900 Nîmes Cedex

Tél. : 04 66 27 02 18 / lecisslr@orange.fr

www.leciss.org/ciss-languedoc-roussillon

• **CISS Limousin**

Président : Patrick Charpentier

4, avenue de la Révolution

87000 Limoges

Tél. : 05 55 09 59 98 / limousin@leciss.org

www.sante-limousin.fr/public/associations-dusagers

• **CISS Lorraine**

Président : Pierre Lahalle-Gravier

c/o OHS – 1, rue du Vivarais

54500 Vandœuvre-lès-Nancy

Tél. : 03 83 28 25 91 / lorraine@leciss.org

lorrains.fr/ciss

• **CISS-Martinique**

Présidente : Jeanne Emérante Defoi

Ligue contre le Cancer

Immeuble Le Trident - BP 789

Bât. A - Cité Mongérald

97244 Fort-de-France Cedex

Tél. : 05 96 70 20 38 / martinique@leciss.org

www.leciss.org/ciss-martinique

• **CISS Midi-Pyrénées**

Président : Lucien Mazenc

Hôpital Joseph Ducuing

15, rue de Varsovie

31300 Toulouse

Tél. : 05 63 79 06 78 ou 06 37 66 54 34

pascal.dero@orange.fr

www.leciss.org/ciss-midi-pyrenees

• **CISS Nord-Pas-de-Calais**

Président : Pierre-Marie Lebrun

c/o UDAF

3, rue Gustave Delory - BP 1234

59013 Lille Cedex

Tél. : 03 20 54 97 61 / leciss.npdc@gmail.com

www.leciss-npdc.com

• **CISS Océan-Indien**

Présidente : Véronique Minatchy

1, allée Vert Pré

97419 La Possession

Île-de-la-Réunion

Tél. : 06 92 400 396

ciss.oceanindien@gmail.com

www.leciss.org/ciss-ocean-indien

• **CISS Pays-de-la-Loire**

Présidente : Véronique Pozza

16, rue Hermann Geiger

44300 Nantes

Tél. : 02 40 75 23 65 ou 06 99 49 36 37

secretariat-pdl@leciss.org

www.leciss.org/ciss-pays-de-la-loire

• **CISS Picardie**

Président : Henri Barbier

91, rue André Ternynck

02300 Chauny

Tél. : 03 23 57 55 67 / picardie@leciss.org

www.leciss.org/ciss-picardie

• **CISS Poitou-Charentes**

Président : Alain Galland

28, rue Mirabeau

16000 Angoulême

Tél. : 05 45 38 77 56 / poitoucharentes@leciss.org

www.leciss.org/ciss-poitou-charentes

• **CISS Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Président : Michel Lecarpentier

143, avenue des Chutes-Lavie

13013 Marseille

Tél. : 04 91 06 47 68 / contact@ciss-paca.org

www.ciss-paca.org

• **CISS Rhône-Alpes**

Président : François Blanchardon

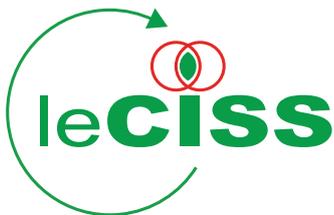
Palais de la Mutualité

1, place Antonin Jutard

69421 Lyon Cedex 3

Tél. : 04 78 62 24 53 / contact@cissra.org

www.cissra.org



Collectif Interassociatif Sur la Santé

Le CISS, Collectif Interassociatif Sur la Santé, regroupe 40 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de consommateurs et de familles.

Les associations membres sont au nombre de 40 :

ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité) - **AFD** (Association française des Diabétiques) - **AFH** (Association française des Hémophiles) - **AFM** (Association française contre les Myopathies) - **AFPric** (Association française des Polyarthritiques) - **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme) - **AIDES** - **Alliance du Cœur** - **Alliance Maladies Rares** - **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde) - **APF** (Association des Paralysés de France) - **Autisme France** - **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux) - **Épilepsie France** - **Familles Rurales** - **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires) - **FNAIR** (Fédération nationale des associations d'insuffisants rénaux) - **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) - **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités) - **FNATH** (Association des accidentés de la vie) - **France Alzheimer** - **France Parkinson** - **FSFC** (Fédération des stomisés de France) - **Génération Mouvement** - **La CSF** (Confédération syndicale des familles) - **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales) - **Ligue Contre le Cancer** - **Médecins du Monde** - **Renaloo** - **SOS Hépatites** - **Transhépate** - **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix) - **UNAF** (Union nationale des associations familiales) - **UNAFAM** (Union nationale des amis et familles de malades psychiques et leurs associations) - **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés) - **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées) - **UNISEP** (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques) - **UNRPA** (Union nationale des retraités et personnes âgées) - **Vaincre la Mucoviscidose** - **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers)

C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du CISS en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

- **Inform** les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- **Former** des représentants d'usagers afin de les aider à jouer un rôle actif dans les instances où ils siègent, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente.
- **Observer** en continu les transformations du système de santé, analyser les points posant problème et définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes, et ce, quelle que soit la structure.
- **Communiquer** nos constats et nos revendications pour conforter le CISS en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers.

Des collectifs existent aussi en région :

CISS-Alsace • CISS-Aquitaine • CISS-Auvergne • CISS-Basse-Normandie • CISS-Bourgogne • CISS-Bretagne • CISS-Délégation région Centre • CISS-Champagne-Ardenne • CISS-Corse • CISS-Franche-Comté • CISS-Guadeloupe • CISS-Haute-Normandie • CISS-Ile-de-France • CISS-Délégation Languedoc-Roussillon • CISS-Limousin • CISS-Lorraine • CISS-Martinique • CISS-Midi-Pyrénées • CISS-Nord-Pas-de-Calais • CISS-Océan Indien • CISS-Pays-de-la-Loire • CISS-Picardie • CISS-Poitou-Charentes • CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur • CISS-Rhône-Alpes •

Coordonnées sur : www.leciss.org/ciss-regionaux