

Responsabilité médicale et aléa thérapeutique

L'évolution de la médecine contemporaine, de plus en plus complexe et ambitieuse, a rendu nécessaire d'ouvrir droit à l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux non fautifs. On parle alors d'aléa thérapeutique qui ouvre droit à indemnisation lorsque plusieurs conditions sont réunies.

par M^e Édouard BOURGIN, avocat, diplômé de réparation juridique du préjudice corporel, diplômé du DU Traumatisme cranio-cérébraux.



L'aléa thérapeutique peut se définir comme la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé.

Avant l'adoption de la loi Kouchner du 4 mars 2002, la réparation de l'aléa thérapeutique pouvait être qualifiée d'aléatoire et exceptionnelle.

Aléatoire en premier lieu. En effet, si l'accident intervenait dans un hôpital public ou dans une structure de soins privée, le Conseil d'État compétent dans le premier cas acceptait l'indemnisation... et la Cour de Cassation dans le second cas refusait l'indemnisation de l'aléa thérapeutique! Les victimes subissaient donc une inégalité flagrante de traitement selon le lieu de réalisation de l'acte de soins...

Exceptionnelle en second lieu. C'est la juridiction administrative (Cour d'appel de Lyon, 21 décembre 1990, arrêt GOMEZ) qui en premier a ouvert une brèche en acceptant l'indemnisation en dehors de toute faute constatée d'une paraplégie des membres inférieurs présentée par un patient à la suite d'une opération dite de Luque. Les conditions d'indemnisation fixées par cette jurisprudence étaient cependant tout à fait restrictives (en particulier l'utilisation d'une thérapeutique nouvelle).

Le Conseil d'État va étendre les cas d'indemnisation de l'aléa thérapeutique le 9 avril 1993 dans un célèbre arrêt BIANCHI.

Encore une fois, et outre plusieurs conditions restrictives, l'indemnisation n'était ouverte devant les juridictions administratives que si l'état du patient présentait une extrême gravité... excluant de ce fait la majorité des victimes...

Pendant ce temps, le juge judiciaire refusait l'indemnisation de l'aléa thérapeutique et répétait inlassablement que l'existence d'une faute ne pouvait se déduire de la seule anormalité du dommage et de sa gravité.

Par exemple, la Cour de Cassation affirmait solennellement le 8 novembre 2000 et le 27 mars 2001 que « la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient ».

Ainsi, la victime du même dommage n'était pas indemnisée devant les juridictions civiles, ou indemnisée mais dans de rares et graves cas devant les juridictions administratives... la réforme s'imposait...

La loi Kouchner du 4 mars 2002 a uniformisé et assoupli l'indemnisation de l'aléa thérapeutique dans le sens de la solidarité et de la sécurité.

Ainsi, le nouvel article L1141-1 II du code de la santé publique ouvre droit à l'indemnisation de l'aléa thérapeutique : Lorsque la responsabilité d'un professionnel de santé (...) ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret...

Ainsi, trois types de dommages relèvent de la notion d'aléa thérapeutique et bénéficient de la solidarité nationale : l'affection iatrogène (affection induite par le traitement, le soin, le médicament), l'infection nosocomiale (infection qui apparaît à la suite d'une hospitalisation) ou l'accident médical (l'aléa thérapeutique proprement dit).

Ces trois formes d'aléa thérapeutique peuvent être indemnisées sous plusieurs conditions.

En premier lieu, les dommages doivent avoir des conséquences anormales au regard de l'état de santé du patient comme de l'évolution prévi-



sible de celui-ci. Ce critère est apprécié au cas par cas, en fonction de la pathologie soignée, du traitement choisi et de l'état antérieur du malade.

En second lieu, le dommage doit atteindre un certain degré de gravité : un taux d'incapacité supérieur à 24 %, ou une durée d'ITT au moins égale à 6 mois consécutifs ou encore l'incapacité définitive à exercer son activité professionnelle ou des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient.

On comprend donc que l'aléa thérapeutique n'est pas indemnisé si le seuil de gravité de 25 % n'est pas atteint... ce qui exclut de nombreuses victimes d'une indemnisation à ce titre car peu d'accidents médicaux occasionnent des dommages au taux d'IPP (aujourd'hui déficit fonctionnel permanent) supérieur à 25 %...

C'est donc dans ces conditions précises et restrictives que sera indemnisé l'aléa thérapeutique. Tous les aléas thérapeutiques ne

sont donc pas indemnisables...

Il est important de préciser que la réalisation d'un risque inhérent à l'intervention et constituant donc un aléa thérapeutique exclut toute responsabilité du praticien en l'absence de faute de sa part. En effet, les médecins ne sont responsables qu'en cas de faute prouvée. La Cour de Cassation vient de rendre une décision sur ce point : en l'espèce, lors d'une intervention chirurgicale visant à suturer la rupture du tendon d'Achille à l'aide du tendon du muscle plantaire grêle, le nerf tibial postérieur de la patiente a été lésé. Les juges décident que la lésion d'un nerf constituant un risque inhérent à l'intervention n'engage pas la responsabilité du praticien (1^{re} Civ, 18 septembre 2008).

Ainsi, la victime qui s'estime lésée par un aléa thérapeutique et fait ainsi appel à la solidarité nationale pour un acte de soins postérieur à la date d'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 (à savoir le 5 septembre 2001), doit s'adresser à la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation « CRCI » (ou la

mettre en cause devant la juridiction compétente), et se verra proposer une indemnisation par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux. (voir site oniam.fr).

À noter que l'Oniam a adopté depuis le début de l'année 2008, la nomenclature des postes de préjudices dite nomenclature Dintilhac. Enfin, et à côté de tout risque inhérent à l'acte médical se pose la question importante de l'information préalable donnée par le praticien. En effet toute personne a le droit d'être informée sur l'acte de soin envisagé, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus... (article L1111-2 du CSP).

La violation de cette obligation d'information peut exposer le professionnel de santé à des poursuites de ce seul chef et une condamnation sur le fondement de la perte de chance lorsqu'il apparaît par exemple que le patient aurait pu choisir une autre thérapeutique...