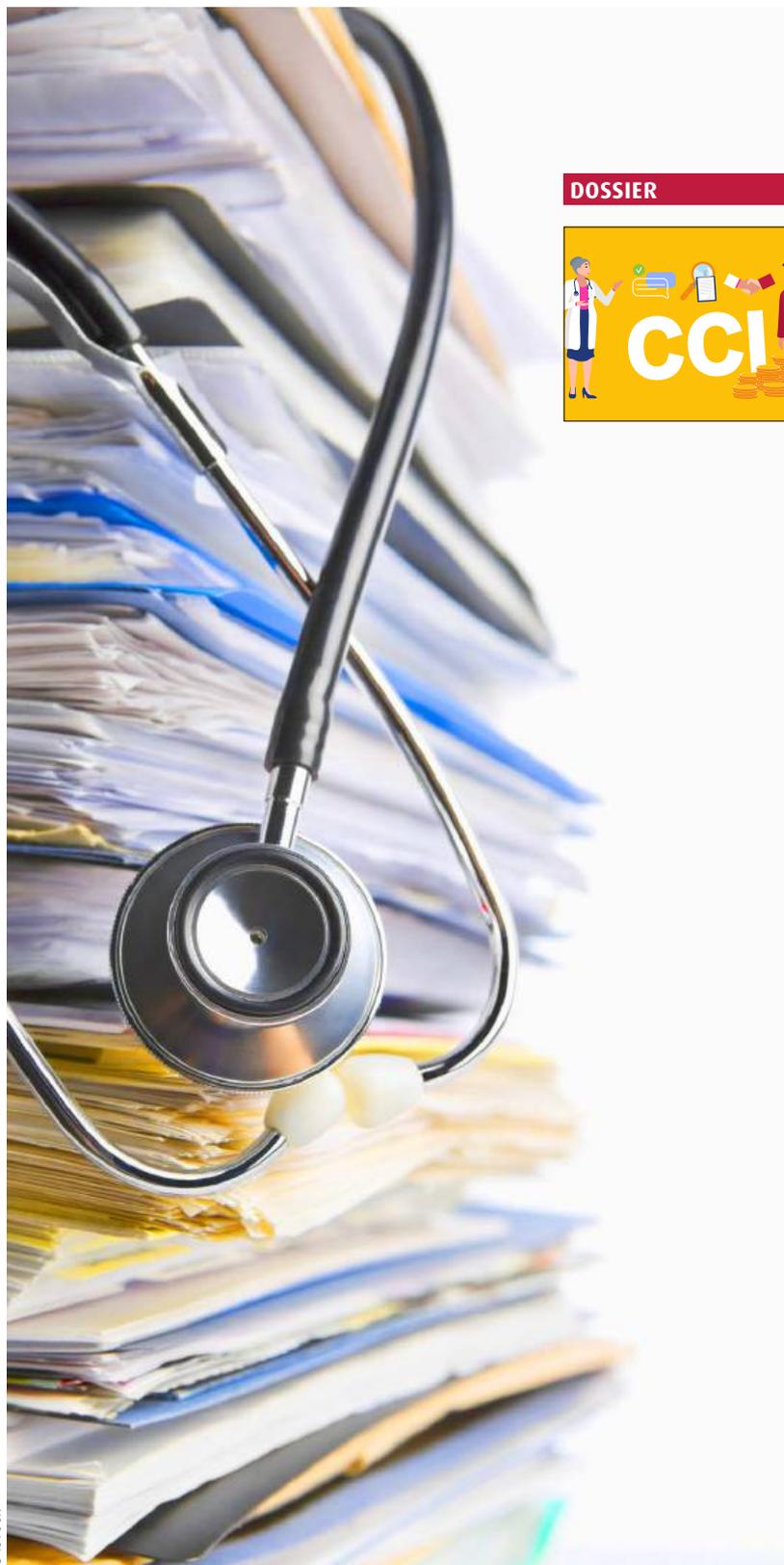


# SOMMAIRE



## POINT DE VUE

4/5

Des responsabilités multiples vont être engagées à la suite de la crise...

## DOSSIER



Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les CCI sans jamais oser le demander

6/9

CCI : la loi Kouchner fête sa majorité

10

La Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI) : compétence et composition

11/15

La procédure CCI : mode d'emploi

16/19

L'impact des expertises sur le fonctionnement des CCI

20

Procédure de mise en cause devant une CCI

## VIE PROFESSIONNELLE

21/22

Créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : tout ce qu'il faut savoir

23/25

L'anonymisation des décisions de justice

26/27

Les assistants médicaux en 8 questions

## PROTECTION JURIDIQUE

28

L'assurance chômage pour les indépendants

29

Accident du travail et rupture du contrat de travail

RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur  
[www.macsf.fr/Nos-publications/A-la-une/revue-responsabilite](http://www.macsf.fr/Nos-publications/A-la-une/revue-responsabilite)



# RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

## COMITÉ DE PARRAINAGE

**Pr René Amalberti**  
Médecin expert gestion des risques

**Pr Bernard Guiraud-Chaumeil**  
Ancien membre du collège  
de la Haute Autorité de santé

**Pr Roger Henrion**  
Membre de l'Académie de médecine

**Pierre Joly**  
Président de la Fondation pour la recherche  
médicale

**Dr Jacques Pouletty**  
Président d'honneur du Sou Médical

**Jerry Sainte-Rose**  
Avocat général à la Cour de Cassation

**Pr André Vacheron**  
Ancien président de l'Académie de médecine,  
président du Conseil médical du Sou Médical

**Gérard Vincent**  
Délégué général de la Fédération  
hospitalière de France

## CONSEIL DE RÉDACTION

### PRÉSIDENT

**Dr Jacques Lucas**  
Président de l'Agence du Numérique  
en Santé (ANS)

### MEMBRES

**Dr François Baumann**  
Fondateur de la Société de formation  
thérapeutique du généraliste

**Pr Dominique Bertrand**  
Professeur émérite de santé publique  
Université Paris 7 Denis Diderot

**Dr Pierre-François Cambon**  
Chirurgien-dentiste, président d'honneur  
de MACSF épargne retraite et MACSF  
financement

**Pr Anne-Claude Crémieux**  
Professeur de maladies infectieuses,  
Hôpital Raymond Poincaré

**Pr Claudine Esper**  
Professeur de droit à l'université  
Paris-V

**Pr Brigitte Feuillet**  
Professeur à la Faculté de droit et de sciences  
politiques de Rennes

**Dr Pierre-Yves Gallard**  
Président d'honneur de MACSF Sgam

**Dr Jean-François Gérard-Varet**  
Président d'honneur du Sou Médical

**Dr Thierry Houselstein**  
Directeur médical, MACSF

**Dr Xavier Laqueille**  
Président d'honneur de MACSF assurances

**Yves-Henri Leleu**  
Professeur de droit à l'université de Liège

**Dr Catherine Letouzey**  
Médecin interniste

**Marguerite Merger-Pélier**  
Magistrat honoraire, présidente adjointe des CCI,  
vice-présidente du Comité d'indemnisation  
des victimes des essais nucléaires français

**Pr Paul-Michel Mertès**  
Professeur d'anesthésie réanimation  
à l'hôpital universitaire de Strasbourg

**M<sup>e</sup> Catherine Paley-Vincent**  
Avocat à la Cour

**Pr Fabrice Pierre**  
Professeur de gynécologie-obstétrique,  
CHU de Poitiers

**Pr Claude Piva**  
Professeur de médecine légale  
à l'université de Limoges

**Suzanne Rameix**  
Philosophe, département Éthique médicale  
de l'université Paris-XII

**Pr Virginie Scolan**  
Professeur de médecine légale et droit  
de la santé, CHU de Grenoble

**Pr Claude Sureau**  
Ancien président de l'Académie de médecine,  
membre du Comité consultatif national  
d'éthique

**Stéphanie Tamburini**  
Juriste MACSF

## RÉDACTION

Directeur de la publication  
**Nicolas Gombault**

Rédacteur en chef  
**Germain Decroix**

Assistante de rédaction  
**Sandrine Layani**

Conception et réalisation  
**Sophie Magnin**

## ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par MACSF,  
société d'assurance mutuelle  
10 cours du Triangle de l'Arche  
92919 La Défense Cedex  
Tél. : 01 71 23 80 80  
macsf.fr

Dépôt légal : septembre 2020  
ISSN : 2491-4657

Les opinions émises dans les articles  
publiés dans cette revue n'engagent  
que la responsabilité de leurs auteurs.



CRÉDIT ILLUSTRATION : SOPHIE MAGNIN.



Alors que les actions en justice risquent de se multiplier à la suite de la crise, Germain Decroix, juriste, revient sur les responsabilités du médecin coordonnateur dans ce contexte particulier pour le *Journal du Médecin Coordonnateur (JMC)*...

## Des responsabilités multiples vont être engagées à la suite de la crise...

GERMAIN DECROIX, JURISTE, MACSF

### ➤ Quels types de responsabilités des médecins coordonnateurs peuvent être engagés à l'occasion de la crise sanitaire que nous venons de traverser ?

Les familles des résidents décédés de la Covid en EHPAD peuvent effectivement reprocher au médecin coordonnateur une insuffisance dans les moyens généraux mis en œuvre dans la prévention de la diffusion de l'infection au sein de l'établissement (confinement, précautions particulières dans les soins, toilettes, repas, test du personnel...).

D'autres reproches peuvent être formulés autour de la prise en charge d'un résident en particulier (tardiveté du diagnostic, traitements et surveillance mis en œuvre, tardiveté dans le transfert en milieu hospitalier...).

Sur le plan indemnitaire, la question principale qui va se poser est la suivante : « La contamination d'un résident d'EHPAD par la Covid constitue-t-elle une infection nosocomiale, c'est-à-dire associée aux soins ? ».

La réponse à cette question est lourde de conséquences car le régime de responsabilité en cas d'infection associée aux soins est spécifique et favorable aux victimes, avec une responsabilité de plein droit de l'établissement ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) selon l'importance du dommage. La réponse aura un impact économique important sur les assureurs d'EHPAD ou l'ONIAM si les demandes d'indemnisation sont nombreuses, ce qui est possible vu le nombre de victimes.

La création (demandée par certains) d'un fond de solidarité pour les victimes

de la pandémie pourrait être aussi une solution.

Sur le plan pénal, la panoplie habituelle des infractions peut être utilisée :

1. homicide involontaire,
2. blessure involontaire,
3. non-assistance à personne en danger,
4. violation du secret professionnel.

Rappelons que pour les 2 premières infractions, il faudra démontrer la faute personnelle du médecin coordonnateur et le lien avec le décès ou les blessures.

Pour la violation du secret, il faudrait tenir compte de la nécessité de rassurer les familles dans ce contexte de pandémie ravageuse dans les EHPAD et de l'interdiction qui leur était faite de venir voir leur proche.

Une autre infraction, plus inhabituelle en droit de la santé, pourrait être aussi invoquée : la mise en danger d'autrui, qui ne nécessite pas que le risque se soit réalisé.

Sur le plan disciplinaire, nous pouvons espérer une analyse bienveillante des plaintes par l'Ordre des médecins, face à des médecins coordonnateurs qui ont toujours répondu présents !

➤ **Tout au long de la crise les médecins coordonnateurs ont dû gérer toutes sortes de contraintes : lenteur administrative, manque d'EPI, recommandations contradictoires... et agir seuls, quitte à se mettre hors la loi. Comment prendre en compte ce phénomène en cas de litige ?** N'oublions pas que le médecin coordonnateur est, comme les autres médecins, tenu à une simple obligation de moyens. On ne lui demande pas d'inventer des moyens qui ne sont pas disponibles. Il est alors très

important qu'il puisse apporter la preuve des démarches qu'il a réalisées afin d'obtenir les moyens humains et matériels nécessaires. Nous pouvons espérer que les juges tiendront compte de la situation exceptionnelle dans laquelle ils se trouvaient pour apprécier la responsabilité des médecins coordonnateurs.

Quant à la valse des recommandations, il pourra être fait état de leur caractère à la fois temporaire et évolutif dans le temps. De plus, la pluralité des sources et leur caractère parfois contradictoire fait réfléchir sur leur légitimité. Constituent-elles réellement les « données actuelles de la science » sur lesquelles se fondent les juges ? Il appartiendra aux experts de le dire.

**« Il est important que le médecin coordonnateur puisse apporter la preuve des démarches qu'il a réalisées afin d'obtenir les moyens humains et matériels nécessaires. »**

### ➤ Les médecins coordonnateurs ont-ils des responsabilités vis-à-vis des autres personnels soignants si ces derniers ont été contaminés ?

C'est l'employeur qui a la responsabilité de la sécurité au travail de ses salariés et le médecin coordonnateur n'est pas l'employeur.

Dans ses missions, le directeur de l'EHPAD doit faire en sorte que les agents ne soient pas en danger du fait de leur exercice professionnel et donc protéger la santé de ses salariés. Il est épaulé pour cela par le médecin du travail (en général via





© ISTOCK

un service inter-entreprises) et non par le médecin coordonnateur.

Il est important que chacun reste dans ses missions, même si, en pratique, le médecin coordonnateur peut être questionné par le directeur à propos du personnel.

Par contre, là où le médecin coordonnateur pourrait être critiqué, c'est à propos de la rédaction ou de l'adaptation des protocoles de soins pendant la pandémie. Il pourrait lui être reproché de ne pas avoir accru les mesures de protection (qui rejaillissent sur le personnel), de ne pas avoir décidé de tester tous les résidents (susceptibles de contaminer des agents) ou de reporter certains soins qui pouvaient l'être (patient contaminé lors d'une prise en charge hospitalière).

Je voudrais également insister sur la question de la vaccination du personnel, qui relève de la responsabilité de l'employeur, conseillé par le médecin du travail. Quand nous disposerons de la vaccination contre la Covid, l'imposerons-nous à l'ensemble du personnel des EHPAD y compris au médecin coordonnateur et aux intervenants extérieurs ? Pour l'instant, personne ne le sait. Au-delà, il s'agit d'un vrai devoir éthique des soignants à l'égard des personnes qu'ils

prennent en charge, comme d'ailleurs pour la vaccination antigrippale.

➤ **Les médecins coordonnateurs sont-ils susceptibles de poursuivre les autorités locales ou nationales pour leur inertie durant la crise ?**

Un nombre important de poursuites a déjà été mis en œuvre contre les autorités, notamment par des organisations représentant les soignants. Il est invoqué de graves insuffisances dans la gestion de la crise, tant sur le plan local (ARS) que national (ministère de la santé).

Le Parquet de Paris a diligenté une enquête d'envergure sur le sujet, qui risque d'être longue tant les aspects sont multiples et les intérêts en jeu pas toujours très clairs. Laissons la justice suivre son cours et faisons-lui confiance.

Ces procédures, très médiatiques, ne sont souvent pas bien comprises en raison de leurs aspects techniques. Elles n'aboutissent pas forcément à désigner le responsable tant attendu, comme l'a montré l'affaire du sang contaminé, puisqu'il faudrait trouver un responsable à tous nos maux...

Les médecins coordonnateurs peuvent évidemment diligenter ce genre de poursuite, mais en en pesant bien avant les enjeux. Une décision négative peut être contraire à l'intérêt de l'ensemble de la profession et, d'une manière générale, posons-nous la question : est-ce aux juges qu'il appartient de trancher dans ce genre de situation ?

Notons qu'une étude vient de débuter sur la gestion de la crise par les différents pays européens, qui nous permettra de prendre du recul et, espérons-le, d'en tirer de bonnes idées.

➤ **Cette crise, qui pourrait ne pas être la dernière du genre, doit-elle nous amener à repenser la chaîne des responsabilités dans les établissements ?**

La responsabilité est appréciée par rapport aux missions de chacun et nous devons analyser la gestion de la crise dans les EHPAD afin de vérifier qu'il n'y avait pas de « trou dans la raquette ».

*« Une étude vient de débuter sur la gestion de la crise par les différents pays européens, qui nous permettra de prendre du recul et, espérons-le, d'en tirer de bonnes idées. »*

Relire la définition des missions des médecins coordonnateurs à la lumière de la crise que nous avons vécue me semble nécessaire.

Par exemple, l'indisponibilité du médecin traitant doit être désormais anticipée. Il en est de même pour le personnel de l'EHPAD, notamment pour le nombre d'infirmières (IDE) par rapport au nombre de résidents, mais aussi pour la possibilité de faire appel à du personnel en urgence.

Par ailleurs, nous attendons la promulgation des textes redéfinissant les compétences réglementaires des aides-soignantes (AS), les précédents remontant à 2005. Ces nouvelles compétences des AS vont leur permettre de réaliser des actes antérieurement dévolus aux seules infirmières, ce qui va libérer du temps à ces dernières, au bénéfice des résidents. C'est là aussi une nouvelle manière de travailler, mais à condition que les professionnels concernés soient correctement formés.

Pendant la crise, un certain nombre de mesures d'exception ont été prises comme des délégations de tâche, l'assouplissement des conditions d'utilisation de la télémédecine, qui nous ont permis de revoir nos organisations et nos manières de travailler.

Je suis persuadé que nous pouvons en tirer dans l'avenir des leçons positives pour améliorer la prise en charge des résidents. ■

**POUR ALLER PLUS LOIN**

Les différentes responsabilités du professionnel de santé





La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, vient d'avoir 18 ans !

Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, elle est une loi de démocratie sanitaire. Malgré sa jeunesse, elle est riche de sa très longue gestation (40 ans) et fière de ses acquis, aujourd'hui consolidés.

## CCI : la loi Kouchner fête sa majorité

MARGUERITE MERGER-PÉLIER, MAGISTRATE DE L'ORDRE JUDICIAIRE HONORAIRE, PRÉSIDENTE ADJOINTE HONORAIRE DES CCI

### ➤ Rappel sommaire du dispositif Kouchner

Les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI), figures de proue du nouveau dispositif d'indemnisation amiable institué par cette loi, méritent un arrêt sur image qui permettra d'en rappeler les traits essentiels.

On soulignera dès l'abord qu'en faveur des patients, un succès jamais démenti s'est traduit par une courbe des saisines en constante croissance, forte aujourd'hui de plus de 65 000 demandes déposées depuis son entrée en vigueur, aboutissant au cours des derniers exercices à plus de 30 % d'avis positifs d'indemnisation.

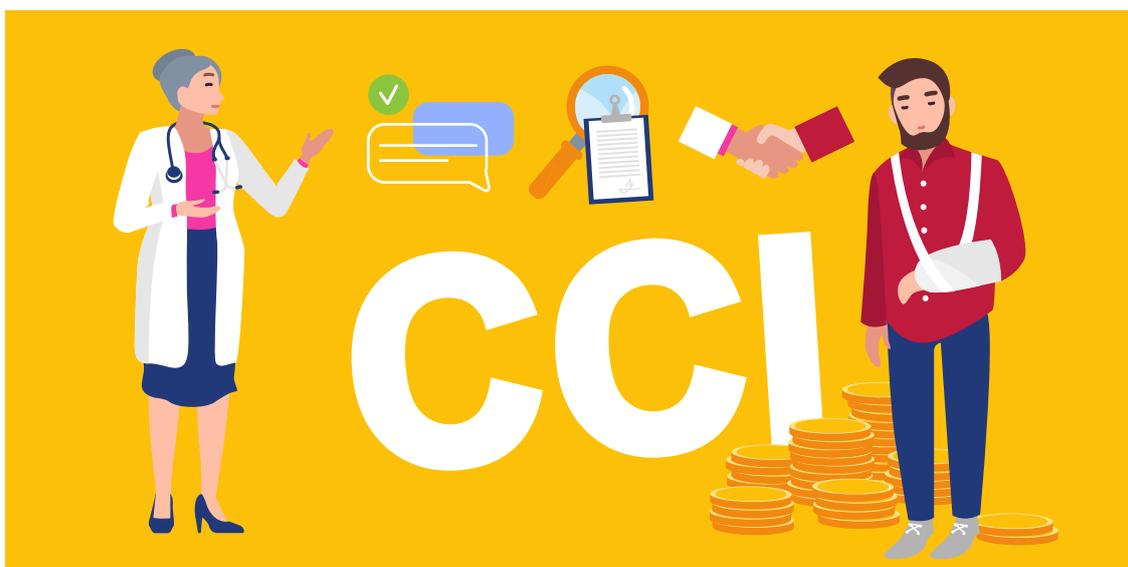
En tendant la main aux patients, cette loi ne s'en est pas moins voulue équilibrée à l'égard des médecins

à qui elle offre désormais une relation fondée sur le principe d'autonomie et une dédramatisation de la quête existentielle de réparation en cas de dommage : loin des prétoires et des jugements de valeur, la scène se joue dans un cadre amiable, assaini et tendu seulement vers la recherche d'une indemnisation équitable.

**L'effet le plus marquant de cette dédramatisation est le recul très marqué – et très heureux – des plaintes pénales contre les médecins.**

On rappellera également que la loi a fait deux réformes majeures et unificatrices du contentieux de la responsabilité médicale :

- d'une part, en rendant **obligatoire l'assurance de responsabilité civile**, sous peine d'une amende de 45 000 €.





Si l'obligation d'assurance peut, au premier abord, paraître en faveur des victimes, elle protège en réalité le médecin lui-même en lui fournissant les moyens de sa défense et la prise en charge du sinistre dans le cas où le risque se réalise ;

- d'autre part, en instituant **un délai unique de prescription, désormais fixé à 10 ans** (contre les délais antérieurs divergents de 30 ans en matière civile et de 4 ans en matière administrative).

La mesure d'abrogation de la prescription trentenaire au profit d'une prescription décennale est ostensiblement favorable aux médecins et en harmonie avec l'évolution contemporaine du droit des obligations.

### ➤ Le fondement juridique

Aux côtés des deux systèmes juridictionnels étatiques (judiciaire<sup>1</sup> et administratif<sup>2</sup>), la loi Kouchner a créé un dispositif original et spécifique d'indemnisation des conséquences des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Elle institue en effet un bloc global de nature administrative tendant au « règlement amiable » des conséquences dommageables de la réalisation de l'un de ces actes.

**« L'obligation d'assurance protège le médecin en lui fournissant les moyens de sa défense et la prise en charge du sinistre dans le cas où le risque se réalise. »**

Il consiste à offrir, en marge des tribunaux, à ceux que la loi appelle les « victimes », une possible indemnisation purement amiable et selon une distribution nouvelle entre le régime de la responsabilité, le régime de la solidarité et le cumul d'imputabilité.

#### • Le régime de la responsabilité

Il s'agit-là du régime traditionnel de la faute imputée au professionnel ou à l'établissement de santé, qui suppose que soit démontrée une faute (engagement de l'assureur du médecin ou de l'établissement de santé).

À qui la faute ? Celle du médecin, de l'établissement de santé ou du destin ?

Au 2<sup>ème</sup> congrès de morale médicale de 1966, Jean Guitton s'écriait en direction des médecins : « *Nous vous supplions de rendre un oracle, on vous obéit. Mais si ce mortel meurt, on prononce parfois le mot fatal : vous êtes responsable. Le social se retourne vers vous, comme Adam vers Ève et Ève vers le serpent. Telle est l'habitude de l'espèce pensante. Telle est son invention pour atténuer le mal en le portant au compte de la faute, j'entends : la faute de l'autre* ».

#### • Le régime de la solidarité

Ce régime entièrement original d'indemnisation des accidents médicaux non fautifs suppose que soient réunis les éléments d'un accident médical **non fautif**, lié à un acte de soins, grave, exceptionnel et « **anormal** » au regard de l'état de santé du patient et de l'évolution prévisible de cet état (engagement de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux – ONIAM).

Cette configuration juridique est dénommée par l'usage comme étant celle de « **l'aléa thérapeutique** », bien que ce terme ne figure nulle part dans la loi.

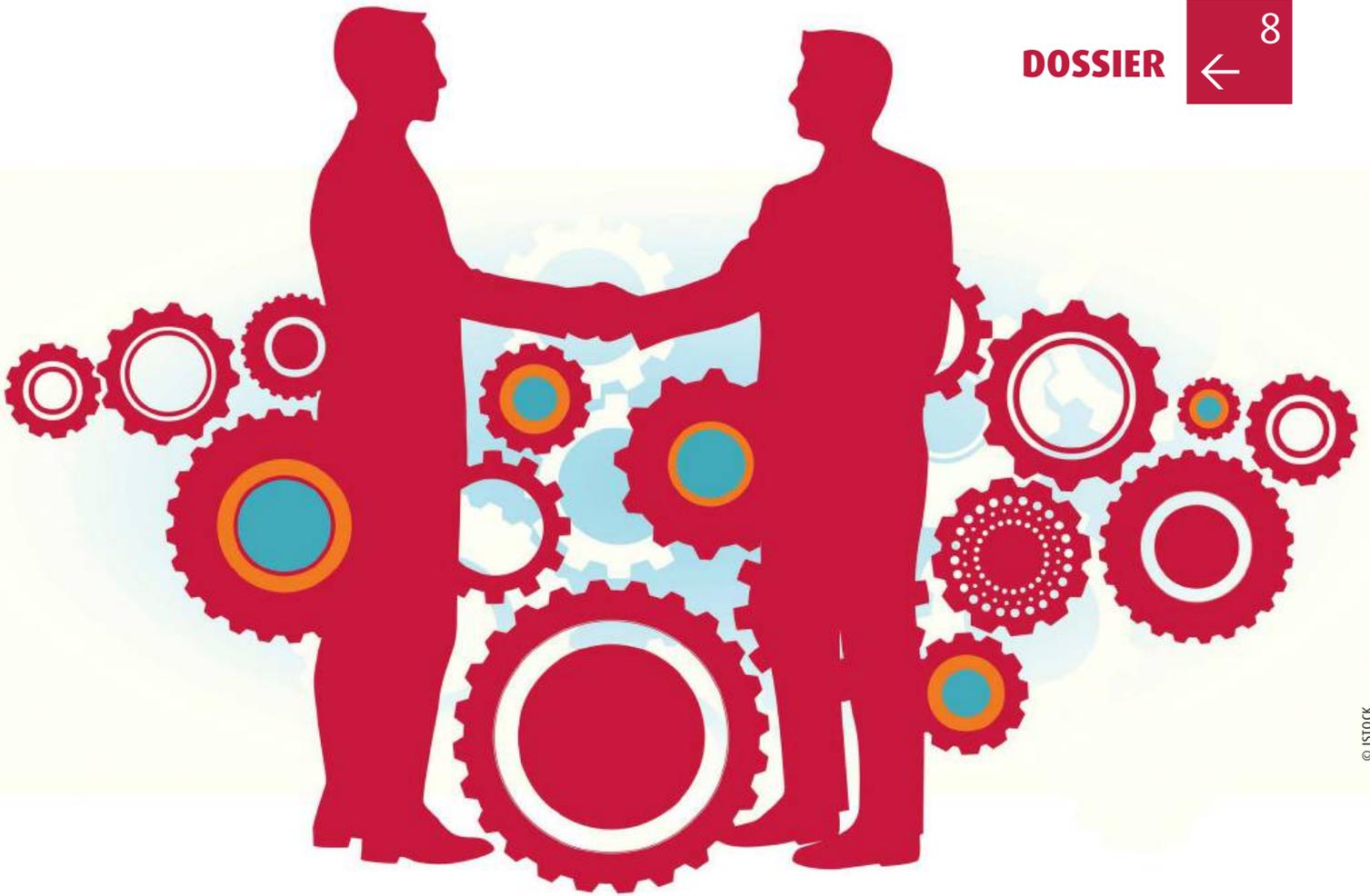
Si la sanction de la faute médicale est une notion qui remonte au Code d'Hammourabi, l'aléa est un concept moderne, consacré par l'arrêt du Conseil d'État (juridiction suprême de l'ordre administratif), du 9 avril 1993 (Bianchi), tandis que la Cour de Cassation (juridiction suprême de l'ordre judiciaire) refusait jusqu'à ses arrêts des 7 et 8 novembre 2000 toute indemnisation en l'absence de faute. Cependant, à des fins d'équité à l'endroit de la victime, elle compensait cette conception puriste par une emprise élargie du concept de faute, au détriment du médecin.

#### • Le cumul d'imputabilité

Il existe une troisième hypothèse, consacrée quelques temps après l'entrée en vigueur de la loi par l'une et l'autre des deux juridictions suprêmes, à savoir **le cumul d'imputabilité** à raison de pourcentages précis **entre faute et aléa**, entraînant le concours des deux régimes d'indemnisation ci-dessus.

Cette jurisprudence, ardemment réclamée par les CCI et commandée par le bon sens, avait d'abord été écartée parce que l'on pensait que le caractère subsidiaire de l'aléa par rapport à la faute conduisait à une solution radicale, selon laquelle un même fait médical ne peut être à la fois fautif et aléatoire.





On considère désormais que, si l'analyse des experts met en exergue plusieurs actes médicaux autonomes entre eux dans les suites d'un même fait générateur, il peut y avoir lieu à application cumulative des deux régimes, en retenant, à hauteur d'une fraction déterminée :

- **un aléa** (par exemple en cas de survenue d'une brèche chirurgicale en présence d'adhérences) ;
- **une faute dans la prise en charge du patient** (par exemple, en cas d'absence ou de retard de diagnostic de la blessure – faute contre la technique –, ou encore de défaut d'information du patient – faute contre l'éthique).

#### ➤ Les organes de fonctionnement

Les CCI ne sont en réalité que l'un des organes de fonctionnement du dispositif. Elles font partie d'un **tripode institutionnel**, au sein duquel elles sont corrélées avec la CNAMéd et l'ONIAM.

*« Les CCI font partie d'un tripode institutionnel au sein duquel elles sont corrélées avec la CNAMéd et l'ONIAM. »*

#### • La Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAMéd)

La CNAMéd est une instance indépendante placée auprès des ministres de la santé et de la justice. Elle est présidée par un conseiller d'État et comporte 25 membres titulaires. Elle a pour missions :

- d'élaborer la liste nationale des experts en accidents médicaux : les CCI doivent désigner pour experts les seuls médecins inscrits sur cette liste, qu'elle est censée surveiller et réviser régulièrement ;
- d'assurer la formation des experts en accidents médicaux ;
- de veiller à l'harmonisation du fonctionnement du dispositif, après s'être d'abord attachée à une **harmonisation formelle** : modalités de saisies informatiques des demandes, harmonisation des termes utilisés, unification sémantique, nécessaire distinction entre le dommage (atteinte corporelle



ou matérielle subie par la victime) et les préjudices (répercussion de cette atteinte pour la victime), qualification des avis émis par les CCI (positifs, négatifs, de rejet).

Elle a par la suite recherché une **harmonisation sur le fond** sur des questions débattues, telle que la définition de « l'état antérieur », de l'emprise des « troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence », de l'application concrète des seuils de gravité, de l'inclusion ou non de la chirurgie esthétique et de l'accouchement parmi les actes de soins, de la notion d'ayant-droit...

Il est permis de regretter que la CNAMéd ne cherche pas à harmoniser les jurisprudences des commissions sur les questions de fond essentielles, telles que le caractère contractuel ou légal de la relation médecin/patient, les contours de l'aléa, la notion de « perte de chance », la définition de la notion d'évitabilité en matière d'infection nosocomiale... Mais il est sans doute plus sage de laisser aux deux juridictions suprêmes du droit commun (Cour de Cassation et Conseil d'État) le soin de régler ces questions de droit général.

• **L'Office national des accidents médicaux, affection iatrogènes et infections nosocomiales (ONIAM)**

L'ONIAM est un établissement public, à caractère administratif de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Il supporte la charge financière intégrale du fonctionnement de l'ensemble du dispositif Kouchner et de ses missions annexes, y compris le coût des expertises.

Il a pour mission fondatrice d'indemniser, au titre de la solidarité nationale, les victimes d'accidents médicaux,

d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales lorsque la CCI a émis un avis d'accident médical non fautif (**aléa**), aux conséquences « anormales », ainsi que les préjudices nés **d'infections nosocomiales graves** (en cas de décès ou de déficit permanent supérieur à 25 %).

Mais il intervient aussi – par substitution – dans le mécanisme de réparation fondée sur la **faute**, en cas de silence ou de refus opposé par l'assureur de la personne, physique ou morale, désignée comme responsable par un avis de la CCI.

Il intervient encore lorsque le préjudice relève pour une part d'une faute et pour une autre part de la solidarité nationale.

En dehors de celle relative aux CCI, l'Office supporte la charge de fonctionnement et d'indemnisation – soit directement soit par substitution – des risques réalisés par suite des mesures sanitaires d'urgence, des vaccinations obligatoires, des dommages transfusionnels nés des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB, le HTLV lorsqu'elles sont causées par une transfusion sanguine ou par une injection de produits dérivés du sang, du Benfluorex (Médiator®), ou du Valproate de sodium (Dépakine®).

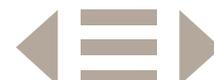
Dans les cas où l'Office s'est substitué à un auteur qu'il estime responsable, il dispose d'une action récursoire contre cet auteur devant les tribunaux compétents du droit commun, judiciaires ou administratifs.

L'ONIAM peut ainsi, dans le domaine de chacune de ses diverses missions, être qualifié de « payeur public ». ■

**NOTES**

1. Le système judiciaire : pour les médecins exerçant dans un cadre privé et pour les établissements de santé privés.

2. Le système administratif : pour les médecins collaborateurs du service public et pour les établissements de santé publics.





La Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI) est un dispositif mis en place par la [loi Kouchner](#). Il tend exclusivement à la recherche d'une solution amiable pour les victimes d'accidents médicaux. Compétences, délais, organisation... Comment fonctionne une CCI ?

# La Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI) : compétence et composition

MARGUERITE MERGER-PÉLIER, MAGISTRATE DE L'ORDRE JUDICIAIRE HONORAIRE, PRÉSIDENTE ADJOINTE HONORAIRE DES CCI

## ➤ Les caractères généraux

### • Guichet unique

La CCI géographiquement compétente est celle du lieu de survenue de l'accident médical, et ce, quelle que soit la nature de ce lieu, privé ou public : foin de la répartition du droit commun entre tribunaux judiciaires et administratifs !

### • Rapidité de traitement

La loi prévoit que l'avis de la CCI doit être émis dans un délai de 6 mois à dater du jour où le dossier est déclaré complet ; ce délai est de fait (selon le dernier rapport de l'ONIAM) de 8 mois.

À l'issue de ce premier délai, le payeur désigné (l'assureur, en cas de responsabilité – ou l'ONIAM, en cas de solidarité) doit faire une offre d'indemnisation dans les 4 mois de l'avis.

Le délai total de traitement est donc de l'ordre d'une année, ce qui correspond au vœu exprimé, lors des débats parlementaires, par le ministre Claude Évin.

### • Gratuité

Chaque stade de la procédure est accessible gratuitement, et plus particulièrement l'expertise médicale, l'ensemble étant pris en charge par l'ONIAM. Seuls les frais de déplacement de la victime jusqu'au cabinet de l'expert restent à sa charge.

Le concours d'un avocat et/ou d'un médecin-conseil n'est pas imposé par le dispositif. Si la victime y recourt néanmoins, et si la procédure aboutit à un avis positif

d'indemnisation, elle peut recevoir un dédommagement forfaitaire à ce titre.

## ➤ Organisation

Les vingt-trois CCI siégeant sur le territoire national et les départements d'Outre-mer ont chacune un ressort régional et sont organisées en quatre pôles interrégionaux : Lyon, Bordeaux, Nancy et Bagnolet.

La composition de chacune, réduite par le décret du 9 janvier 2014, est de 13 membres :

- le président : magistrat issu de l'ordre judiciaire pour quatre des pôles et magistrat de l'ordre administratif pour trois des pôles ;
- 3 représentants des usagers choisis parmi des associations représentatives ;
- 1 représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral ;
- 1 praticien hospitalier ;
- 3 représentants des établissements hospitaliers (1 pour les établissements publics, 2 pour les établissements privés) ;
- 1 représentant des assureurs ;
- 2 personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels (en pratique, des professeurs de droit, des professeurs de médecine, des avocats honoraires...) ;
- le directeur de l'ONIAM ou son représentant.

Le secrétariat de chaque commission est installé dans l'un de ces quatre pôles régionaux, mais les séances des CCI se tiennent dans chacun des chefs-lieux de région. ■





Chaque dossier suit devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI), créée par la loi Kouchner, une procédure en différentes étapes. Le point sur chacune d'elles en détail.

## La procédure CCI : mode d'emploi

MARGUERITE MERGER-PÉLIER, MAGISTRATE DE L'ORDRE JUDICIAIRE HONORAIRE, PRÉSIDENTE ADJOINTE HONORAIRE DES CCI

### ➤ Saisine, compétence et recevabilité

La saisine d'une CCI se fait par l'intermédiaire d'un formulaire Cerfa téléchargeable sur le site de l'ONIAM, à envoyer au secrétariat de la CCI par pli recommandé avec accusé de réception.

**Toute personne s'estimant victime** d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, peut saisir la CCI. Cette ouverture très large inclut, outre la victime elle-même, ses ayants droit en cas de décès, et les victimes « par ricochet » ou victimes indirectes, qui, en revanche, ne seront pas indemnisées au titre de la solidarité nationale en cas d'accident médical non fautif.

Les CCI sont compétentes pour indemniser les accidents médicaux, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales, à la condition première et exclusive que le dommage provienne **d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins**, en application de l'article L. 1142-7 du Code de la santé publique (CSP), ce dont sont en principe exclus les actes de pure convenance (comme la chirurgie esthétique).

La CCI territorialement compétente est celle du lieu où l'acte médical originaire (le « **fait générateur du dommage** ») a été pratiqué.

**Le dossier ne sera déclaré complet** que si les pièces suivantes y ont été apportées par le demandeur :

- un certificat médical récent décrivant la nature précise et la gravité du dommage ;
- tout document du dossier médical permettant d'établir le lien entre le dommage et l'acte médical ;
- tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance des préjudices subis, y compris économiques ;

- tout document indiquant la qualité d'assuré social du demandeur ;
- tout document justifiant les sommes éventuellement reçues à titre d'indemnisation par un organisme autre que la Sécurité Sociale.

Ces principes offrent aux victimes un accès aux CCI, facile et incitatif, en vue de provoquer soit **une conciliation** soit un **règlement amiable** de leurs préjudices.

*« Toute personne s'estimant victime d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, peut saisir la CCI. »*

Mais, force est de constater que la mission de conciliation est en pratique peu utilisée.

Cet échec ne tient pas à une quelconque réticence des commissions de siéger en formation de conciliation mais à la force d'inertie des parties, autant qu'à l'absence d'information des victimes qui persistent à s'adresser prioritairement aux Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements hospitaliers publics (remplacées en 2016 par les commissions des usagers – CDU).

### ➤ Les seuils de gravité

La recevabilité de chaque dossier est subordonnée à l'atteinte de l'un des seuils de gravité fixés par l'article D. 1142-1 du CSP, modifié par décret du 19 janvier 2011.

Ces seuils, fixés réglementairement, alternatifs et non cumulatifs, sont au nombre de quatre.

L'accident médical doit, en effet, avoir entraîné pour la victime l'un des dommages suivants :

- **Un taux de déficit fonctionnel permanent (DFP) égal ou supérieur à 24 %**

Critère objectif qui, en dépit de l'existence d'un barème officiel, est cependant susceptible de soulever des





difficultés d'appréciation lourdes (par exemple, la mesure du degré d'imputabilité eu égard à l'état antérieur du patient).

- **Un taux de déficit fonctionnel temporaire (DFT) égal ou supérieur à 50 %**

Pendant une durée au moins égale à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, **ou un arrêt des activités professionnelles** pendant la même durée.

Ce double critère a mis fin à une polémique engendrée par la notion initialement retenue par le législateur d'incapacité temporaire de travail (ITT), dont une interprétation stricte avait pour conséquence d'éliminer injustement les victimes n'ayant pas d'activité professionnelle (retraités, personnes n'ayant pas d'activité salariée, enfants, etc.).

- **Une inaptitude définitive de la victime à l'exercice de son activité professionnelle antérieure**

À la survenue des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, critère que le législateur a voulu exceptionnel en raison du caractère plus subjectif de son appréciation.

- **L'existence de « troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence »**

Critère également conçu comme exceptionnel par le législateur en raison de son caractère particulièrement subjectif, mais en fait largement utilisé par les CCI.

- **L'expertise en accident médicaux**

Après l'enregistrement de la demande par le secrétariat de la CCI, le recours à l'expertise peut apparaître à trois moments de la procédure.



© ISTOCK





### 1. L'expertise préalable

Dès l'ouverture du dossier, à sa réception par le secrétariat, le président de la CCI peut décider une expertise, dite préalable – destinée à être diligentée en quelques jours, au seul vu du dossier médical et de façon non contradictoire par le seul expert sollicité pour déterminer si l'un des seuils de gravité, conditionnant la recevabilité du dossier, est ou non atteint (l'article R. 1142-14 du CSP qualifie la réponse du ou des experts « *d'observation* »).

Cette consultation expertale est en réalité très rarement utilisée : en effet, d'une part, l'irrecevabilité peut être manifeste sans l'avis d'un technicien et, d'autre part, un dossier apparemment recevable à ce stade liminaire pourra, au terme de l'instruction, apparaître au-dessous des seuils parce que, par exemple, l'état antérieur de la victime aura modifié à la baisse l'estimation initiale des seuls préjudices ostensibles ; c'est donc une procédure fragile et dont l'intérêt pratique n'est que rarement requis.

### 2. L'expertise au fond

Sans que cela ne préjuge en rien de la recevabilité définitive, la quasi-totalité des dossiers fait donc très vite l'objet d'une mesure d'expertise au fond. Elle sera diligentée sans délai dès que le dossier aura été estimé complet par le secrétariat de la CCI, et confiée à un collègue d'experts (à titre exceptionnel, un seul expert), chaque expert devant être choisi sur la liste établie par la CNAMéd.

### 3. L'expertise en aggravation ou en post-consolidation

À l'issue de la procédure, en cas d'avis positif émis par la CCI, et après que le payeur désigné ait réglé à la victime son indemnisation, une nouvelle expertise en aggravation ou en post-consolidation pourra être mise œuvre pour compléter l'estimation des préjudices qui n'existaient pas encore dans toute leur plénitude lors de l'émission de l'avis.

Cette expertise est limitée à l'examen des préjudices nouveaux ou consolidés ; elle n'est que la prolongation ou le complément de l'expertise au fond, dont elle revêt tous les caractères.

#### • En quoi consiste la mission d'expertise ?

La mission d'expertise – dont les paramètres incontournables ont été unifiés par la CNAMéd – inclut prioritairement la recherche de l'atteinte ou non de l'un des seuils de gravité, et ce, en amont de la recherche des causes et de la nature du dommage et de la réunion

des éléments permettant de proposer un régime d'indemnisation ou un rejet de la demande.

Cette mission comporte enfin la fixation, poste par poste, de la nature et de l'étendue des dommages (au moyen de la nomenclature Dintilhac).

On notera que la recherche des causes et de la nature du dommage implique que les experts fassent une analyse médico-légale centrale qui permettra ensuite à la CCI de dire s'il existe une faute engageant la responsabilité de son auteur, ou un aléa médical, engendrant une prise en charge par la solidarité nationale.

Dans tous les cas, **les experts doivent rechercher d'abord l'imputabilité du dommage**, quelle qu'en soit la nature, à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins : il s'agit de la recherche de rattachement du dommage au fait générateur qui l'a prétendument causé.

Cette recherche factuelle coïncide avec celle que les juristes appellent le **lien de causalité**, à défaut duquel il n'y aura ni faute ni aléa et donc ni responsabilité ni solidarité.

Ce jeu de mots (imputabilité *alias* lien de causalité) répond à l'interdiction traditionnellement faite aux experts de dire le droit.

Il en est de même sur la question du régime applicable (responsabilité/solidarité), la question à laquelle les experts sont invités à répondre ne pouvant être ostensiblement celle de l'existence d'une faute ou d'un aléa, qui sont des appréciations, non pas médicales mais juridiques.

C'est donc par un détour, un véritable artifice, que la **question de droit** est cependant posée aux experts, sous couvert d'une **recherche de fait**, puisqu'il leur est demandé en substance de :

- dire s'il existe un ou plusieurs manquements aux règles de l'art médical, sous-tendus par une éventuelle non-conformité de l'acte incriminé aux pratiques médicales reconnues, aux conférences de consensus, aux « recommandations », etc. : il s'agit, en réalité, de la recherche d'une éventuelle « **faute** » ;
- dans la négative (car la solidarité est subsidiaire par rapport à la responsabilité), dire si le dommage a entraîné pour la victime des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de cet état : il s'agit, en réalité, par





la réunion des critères (absence de manquement fautif et caractères exceptionnel et anormal du dommage) de la recherche d'un éventuel « aléa ».

Si ces explications sont de l'essence du dispositif Kouchner, elles ne figurent pas explicitement dans la mission qui est donnée au collègue d'experts et que le secrétariat de la CCI communique aux parties, aux assureurs ainsi qu'à l'ONIAM.

Avant le dépôt par les experts de leur rapport et sa communication subséquente aux mêmes parties, la conduite de la mesure elle-même obéit aux prescriptions suivantes :

- **caractère contradictoire** des opérations d'expertise, impliquant que les parties soient présentes ou dûment appelées, que leurs observations soient prises en considération et qu'elles puissent se faire assister d'une ou des personnes de leur choix (médecin-conseil/avocat) ;
- **respect du secret professionnel**, imposé aux experts – sauf dans l'hypothèse où ils sont contraints de réclamer à un professionnel ou à un établissement de santé la communication de tout document.

Les missions d'expertises sont prises en charge financièrement par l'ONIAM, sous réserve du remboursement ultérieur par l'assureur de la personne retenue comme responsable.

À l'issue de la phase expertale, la commission se réunit en une séance plénière, au cours de laquelle les conclusions des experts feront l'objet d'un rapport oral de synthèse par un juriste. Les parties seront entendues et la commission délibèrera en vue de l'adoption d'une solution.

#### ➤ **L'avis de la CCI**

Aux termes de l'article L. 1142-8 du CSP, l'avis que la commission émet porte sur « **les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable** ».

Les CCI sont ainsi des « gares de triage » entre responsabilité et solidarité.

Tel est leur mode de fonctionnement dont l'aboutissement est d'émettre un avis. Mais ce terme d'avis sera, en pratique, réservé aux avis positifs d'indemnisation. En effet, d'autres solutions peuvent résulter de la procédure CCI.

#### • **Avis négatifs**

- **Déclaration d'incompétence** (faute d'atteinte de l'un des seuils de gravité) qui ouvre droit en faveur de la victime, si elle le souhaite, à une procédure simplifiée de conciliation organisée par la CCI.
- **Déclaration d'irrecevabilité** (prescription acquise/défaut d'acte de prévention de diagnostic ou de soins).
- **Décision ou avis de rejet** (absence de lien de causalité avec un acte de prévention, de diagnostic ou de soins/absence de faute, d'aléa et d'infection nosocomiale).

#### • **Avis positifs d'indemnisation**

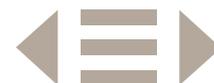
- Pour faute (désignation de l'assureur de responsabilité).
- Pour aléa (désignation de l'ONIAM).
- Pour un partage faute/aléa (désignation mixte des payeurs).
- Pour un partage faute/aléa/état antérieur (désignation mixte des payeurs sur une assiette diminuée).

Tous les avis positifs comportent la désignation – poste par poste – des préjudices de la victime, évalués chacun en leur gravité et en leur étendue, sur les fondements conjugués d'un barème officiel et de la nomenclature Dintilhac.

**« L'avis que la commission émet porte sur "les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable". »**

Cette désignation des préjudices ne comporte pas leur liquidation qui sera l'objet de la procédure d'indemnisation amiable.

Le Conseil d'État – dans un avis contentieux du 10 octobre 2007 – a décidé que les décisions ou avis négatifs, bien qu'ils fassent obstacle à une procédure d'indemnisation, « ne font pas grief » et ne sont donc pas susceptibles d'être contestés devant le juge de l'excès de pouvoir (tribunaux administratifs), puisque les parties conservent à tout instant la faculté de saisir le « juge » compétent, de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, selon la nature de l'acte incriminé.





Les CCI n'ont aucun caractère juridictionnel. Leurs décisions et avis sont inscrits dans le cadre du « règlement amiable ». Les avis de la commission ne sont pas revêtus de la force exécutoire. Aucune voie de recours ne peut être exercée à leur encontre.

Dès la notification de son avis à toutes les parties, aux assureurs et à l'ONIAM, la CCI est dessaisie de plein droit du dossier de la victime. S'ouvre alors la phase finale d'indemnisation.

#### • Les suites de l'avis positif d'indemnisation

La procédure d'indemnisation qui suit un avis positif revêt un caractère **amiable** dont le déroulement est le suivant.

On soulignera en exergue le caractère légalement indisociable de l'avis et du rapport d'expertise : le rapport d'expertise est joint à l'avis, dispose l'article L. 1142-9 du CSP.

La procédure d'indemnisation est, dans sa première phase, symétrique à l'égard de l'assureur et de l'ONIAM (appelés les payeurs).

#### A. Mode symétrique d'indemnisation des payeurs

Dans les **4 mois** de la réception de l'avis positif, le payeur est tenu de faire à la victime une offre chiffrée d'indemnisation, poste par poste, et visant à la réparation intégrale des préjudices. L'offre est provisionnelle si la victime n'est pas consolidée.

*« La procédure d'indemnisation est, dans sa première phase, symétrique à l'égard de l'assureur et de l'ONIAM (appelés les payeurs). »*

En cas de consolidation, l'offre définitive doit être faite par le payeur dans les **2 mois** à dater de la date à laquelle cette consolidation a été portée à la connaissance du payeur.

Le paiement provisionnel ou définitif doit intervenir dans le délai d'**1 mois** à dater de l'acceptation de l'offre par la victime.

L'assureur qui fait une offre acceptée rembourse à l'ONIAM les frais d'expertise.

Cette acceptation par la victime vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code civil, en mettant fin à toute possibilité de réclamation ultérieure, que ce soit devant la CCI ou devant les juridictions de droit commun, sauf aggravation du dommage.

Si la somme due n'est pas versée par l'assureur malgré la transaction intervenue, elle produit intérêts de plein droit au double du taux légal.

#### B. Particularismes de l'intervention de l'ONIAM et actions récursoires

Rarement, l'ONIAM oppose un refus de payer, lorsque des conditions d'engagement des deniers publics ont été méconnues par violation manifeste d'une condition légale.

Trois hypothèses se présentent après un avis positif de faute.

##### 1. Cas où l'assureur s'abstient ou refuse explicitement de faire une offre, ou fait une offre manifestement dérisoire assimilée à un refus, ou encore au cas où la couverture de l'assurance est inexistante ou épuisée.

L'ONIAM se substitue de plein droit à l'assureur défaillant selon les modalités afin d'indemniser la victime. L'Office est alors subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de cette victime et peut agir devant le juge contre la personne responsable et/ou son assureur.

Dans le cadre de cette action subrogatoire, le juge condamne l'assureur ou le responsable à verser à l'ONIAM une pénalité au plus égale à 15 % de la somme fixée.

Quelle que soit la décision du juge, les sommes allouées à la victime

lui restent acquises.

##### 2. Cas où l'assureur qui a transigé avec la victime estime néanmoins que le dommage n'engage pas la responsabilité de son assuré.

Cet assureur dispose d'une **action subrogatoire** soit contre le tiers responsable, soit contre l'ONIAM.

##### 3. Cas où la victime refuse l'offre de l'assureur.

Cette victime a alors la faculté de saisir le juge qui, s'il estime que cette offre était insuffisante, peut lui allouer une juste indemnisation, assortie de dommages et intérêts, et condamner en outre l'assureur à verser à l'ONIAM une pénalité au plus égale à 15 % de la somme fixée. ■





L'expertise est la pierre angulaire du dispositif Kouchner, son centre de gravité. Elle est indissociable de l'avis émis par la CCI (articles L. 1142-9 et R. 11-42-17 du CSP). Ce premier trait marque la différence essentielle entre la procédure CCI et la procédure judiciaire.

## L'impact des expertises sur le fonctionnement des CCI

MARGUERITE MERGER-PÉLIER, MAGISTRATE DE L'ORDRE JUDICIAIRE HONORAIRE, PRÉSIDENTE ADJOINTE HONORAIRE DES CCI



### ➤ Les différences entre expertise judiciaire et expertise CCI

Le législateur a fondamentalement voulu créer une procédure spécifique d'expertise en accidents médicaux, qui se différencie de celle édictée par le Code de procédure civile dont le manque de crédibilité et le coût ont notamment été dénoncés lors des travaux préparatoires de la loi du 4 mars 2002.

Mise à part la nécessité pour tout expert de respecter le **caractère contradictoire** des opérations qu'il conduit, ces différences sont considérables. Voici brièvement les termes de la comparaison.

#### • Devant les tribunaux

**L'expertise judiciaire est toujours facultative** : le juge « peut » désigner toute personne de son choix pour

l'éclairer ; en outre, la « personne », ainsi désignée, n'est pas obligatoirement un médecin pris sur la liste des médecins agréés par la Cour d'appel ; en principe, il n'est désigné qu'une seule personne, sauf exigences particulières qui sont conçues comme l'exception.

Il s'ensuit logiquement que :

- **le recours à une mesure d'expertise est subsidiaire**, en sorte qu'elle ne peut être ordonnée que si le juge ne dispose ni de constatations ni de consultations pouvant suffire à l'éclairer et à lui permettre de statuer ;
- en aucun cas, **une mesure d'expertise ne peut être valablement ordonnée pour suppléer la carence** d'une partie dans l'administration de la preuve ;
- **la mission de l'expert est strictement limitée aux faits**, le juge n'étant jamais lié par les conclusions de l'expert qu'il a désigné parce qu'il se réserve, à lui





seul, juge, le pouvoir de dire le droit ; l'expert ne peut jamais porter d'appréciation juridique ;

- **la décision ordonnant une expertise peut, en elle-même être frappée d'appel** sur autorisation du premier président de la Cour d'appel s'il est justifié d'un motif grave et légitime. Il a été jugé que constitue un motif grave et légitime le fait que la mission de l'expert emporte délégation de pouvoir juridictionnel ;
- **le juge ne peut pas donner à l'expert mission de concilier les parties.** Si, cependant, elles se concilient au cours de l'expertise, l'expert constate que sa mission a pris fin et en fait rapport au juge.

#### • Devant les CCI

Les principes de la procédure de l'expertise CCI divergent fondamentalement de ceux de l'expertise judiciaire, à l'exception, on l'a dit, du caractère contradictoire qui en est, métaphysiquement, le dénominateur commun. En effet :

- **la mise en œuvre d'une expertise CCI – au fond – est obligatoire :**  
*« Avant d'émettre l'avis prévu à l'article L. 1148-8 du CSP, la commission (...) diligente une expertise (...) »,* dispose l'article L. 1142-9 du CSP. Il n'existe dans le dispositif d'indemnisation aucune autre option que cette mesure d'instruction au fond ; le mode indicatif utilisé par le législateur est ici entendu comme impératif. Au demeurant, cette obligation faite à la CCI de diligenter une expertise au fond découle de la règle princeps du dispositif, selon laquelle la CCI peut être saisie par *« toute personne se disant victime »* (article L. 1142-7 du CSP).  
 Cette large ouverture, légalement offerte à *« toute personne »* s'autoproclamant éligible à la procédure de règlement amiable, ne pourrait – sans contradiction – souffrir d'être modulée ou modérée par une option de recours facultatif à l'expertise.  
 Au contraire, l'osmose voulue par la loi du 4 mars 2002 entre l'avis de la CCI et l'expertise – qui en est le corollaire, le bras armé – est intangible. Le caractère obligatoire de l'expertise CCI est donc de l'essence même de la procédure CCI ;

**« Les principes de la procédure de l'expertise CCI divergent fondamentalement de ceux de l'expertise judiciaire, à l'exception du caractère contradictoire qui en est, métaphysiquement, le dénominateur commun. »**

- **l'expertise CCI est aussi principale** (et non subsidiaire) puisque l'instruction de la demande déposée par la victime n'est pas subordonnée à la présentation par cette dernière d'éléments probatoires tirés par elle-même du dossier médical mais dont l'utilité aurait été jugée insuffisante, avec pour conséquence qu'on puisse lui reprocher, à des fins éliminatoires, une *« carence dans l'administration de la preuve »*. Au contraire, l'expertise CCI est auto-suffisante et confère aux experts tous pouvoirs quant aux recherches par eux-mêmes des éléments de preuve.  
 Le fait que la commission soit saisie par un formulaire

imposé, qui ne laisse aucune place à une argumentation qui serait fondatrice (à l'inverse, devant les tribunaux, la demande lie le juge) et dont l'insuffisance conduirait à la nécessité d'une expertise, parle de lui-même. Si, en effet, le formulaire contient (en théorie) une relation sommaire des circonstances du dommage, en revanche il n'envisage pas que la victime fournisse des indications utiles quant aux causes de ce dommage, ni quant à la nature et à l'étendue de ses préjudices, pas plus qu'il ne comporte de proposition en faveur de l'un ou de l'autre des régimes d'indemnisation institués par la loi.

Par conséquent, l'expertise CCI s'éloigne fondamentalement, dans sa structure même, des prescriptions du Code de procédure civile, édictées pour l'expertise judiciaire.

D'autres paramètres sont également contraires à ceux qui président à la procédure judiciaire :

- **l'expertise CCI est confiée** par l'article L. 1142-12 du CSP – en principe – **à un collègue d'experts**, le recours éventuel à un expert unique n'étant envisagé que comme une exception.  
 Cette hiérarchie entre collègue d'experts et expert unique est exactement inversée par rapport à celle du Code de procédure civile.  
 De même, à la liberté dans le choix de l'expert, jalousement gardée par le Code de procédure civile, s'oppose l'obligation pour la CCI de choisir ses experts exclusivement sur la liste nationale des experts en accidents médicaux ;





- **le recours obligatoire à l'expertise par les CCI ne saurait être annulé** – comme il le serait devant les tribunaux – par le fait d'une carence de la victime dans la réunion des éléments de discussion ou de preuve, cette carence étant présumée devant les tribunaux vicier la validité intrinsèque de la mesure. Bien au contraire, l'article L. 1142-9 du CSP confère à la commission le pouvoir d'obtenir elle-même « *la communication de tout document, y compris d'ordre médical* » et même d'obtenir du Président du tribunal judiciaire de « *procéder à une autopsie* » (article L. 1142-9, alinéa 2 du CSP) ;
- dans le cadre du règlement amiable – loin de se voir interdire de concilier les parties, comme l'exige le Code de procédure civile –, **les experts CCI ont pour mission première de favoriser la résolution des conflits par la conciliation** ;
- **aucune voie de recours contre la décision de diligenter une expertise n'est possible devant les CCI** alors qu'elle l'est devant les tribunaux judiciaires.

#### ➤ Des principes fondateurs en opposition

Il résulte clairement de tous les termes de cette comparaison entre les « modèles » de conception et d'organisation des expertises médicales, selon qu'elles sont judiciaires ou devant les CCI, que chacune d'elles est sous-tendue par un principe fondateur qui est à l'opposé de celui de l'autre.

Devant les tribunaux, le juge seul doit dire le droit et rester maître des qualifications juridiques. Le fait et le droit relèvent de missions distinctes entre elles et qui se complètent mais ne se confondent jamais. Le juge ignore la médecine et l'expert ne doit pas se mêler de dire le droit. Cette répartition des rôles est inhérente au processus judiciaire car cette ignorance par l'un de la science de l'autre est une ignorance fondatrice de l'office du juge.

Dans le processus judiciaire qui conduit à un jugement exécutoire, il y a deux étapes autonomes et hiérarchisées.

Le recueil des données de fait, objet de la mission de l'expert « *Da mihi factum* » (donne-moi le fait), suivie de l'office du juge « *Dabo tibi jus* » (je te donnerai le droit).

Au contraire, les CCI obéissent à une logique qui repose sur un tandem indissoluble et égalitaire : expertise et avis.

Les experts ne disent pas le droit, mais ils disent une vérité « médico-légale ». Leur ignorance du droit ne les entrave pas dans l'accomplissement de leur mission qui est celle d'apporter leur point de vue factuel en vue d'une solution transactionnelle.

D'ailleurs, l'expert est lui-même à distance avec ses propres convictions – par essence subjectives – qui doivent s'effacer devant les règles objectives de la médecine.

Les CCI ne sont pas des juridictions, leurs avis ne sont pas des jugements, elles ne disent pas le droit. Mais la procédure qui se déroule devant elles est un amalgame médico-légal spécifique qui s'enroule autour d'une confusion inter-réactionnelle du fait médical et de la recherche d'une issue concrète acceptable par tous.

L'office de la CCI – sa raison d'être – est de parvenir à un règlement amiable. À cette fin, les commissions ont été conçues à l'écart de l'idée qu'elles ignoreraient la médecine, alors que le juge, lui, l'ignore et a le devoir de l'ignorer, afin que sa mission juridictionnelle conserve toute sa force créatrice de droit.

Les CCI ont en leur sein des médecins – membres de la commission ou conseils mis à leur disposition par l'ONIAM – qui interviennent tout au long de la procédure et spécialement lors de la séance de la commission. Ils revendiquent cette qualité qui est un signe du caractère mixte de la procédure et fondatrice du délibéré et de l'avis qui sera finalement émis.

**« Les CCI obéissent à une logique qui repose sur un tandem indissoluble et égalitaire : expertise et avis. »**

Non seulement donc, les CCI n'ignorent pas la médecine, mais elles l'intègrent en tant qu'élément normatif et objectif. Le but poursuivi – à savoir le règlement amiable, n'est pas l'exercice d'un quelconque *imperium* mais la résultante d'une dialectique dont la mineure (l'expertise) est indissolublement liée à la majeure (l'avis).

Dès lors, on ne peut pas s'étonner de ce que les avis des CCI s'écartent rarement des conclusions expertales ou ne s'en écartent que sur des points contingents, et non pas sur le nœud gordien du régime applicable.





Le risque d'exposer une victime à un refus de payer qui serait opposé par l'assureur ou par l'ONIAM, en cas d'écart sur ce point avec les conclusions expertales, n'est que très rarement avéré. Les dernières statistiques publiées par l'ONIAM montrent que 97 % des avis émis par les CCI sont suivis par lui.

On ne peut davantage s'étonner de l'influence quasi absolue et incontournable des rapports d'expertise sur la solution finale du règlement amiable.

Même lorsque, confrontée à une impasse entre une analyse expertale et celle délibérée par les membres de la commission, la CCI décide de recourir à une contre-expertise, cet attermoiement ne fait que reporter dans le temps le même constat : celui d'une convergence entre la médecine et la solution

médico-légale dont l'émergence finale est recherchée de concert.

Georges Duhamel qui, au début du XX<sup>ème</sup> siècle, a vainement réclamé une justice pour les médecins, rendue par des médecins, aurait-il enfin triomphé ?

Le dispositif d'indemnisation de la loi du 4 mars 2002 est-il la consécration, en matière médicale, de la subordination du droit à la médecine ou celle d'une « justice déléguée » ?

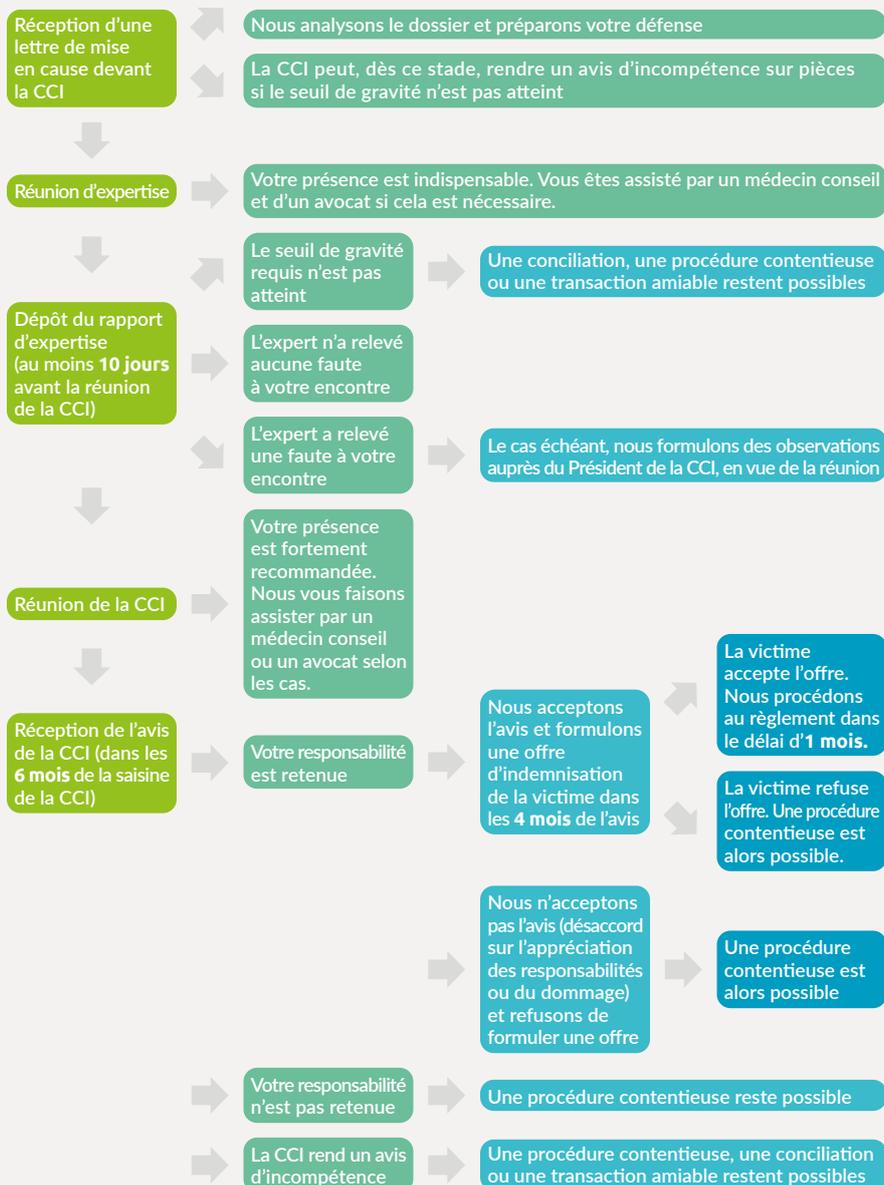
Une réponse affirmative à cette question supposerait que les CCI rendent la justice, ce qui n'est pas. Elles rendent seulement, mais de manière éminente, un service. La main qu'elles tendent au patient ne passe plus par l'humiliation du médecin. ■



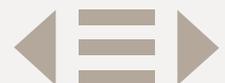


# Procédure de mise en cause devant une CCI

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF



© SOPHIE MAGNIN



Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont au cœur du plan « Ma santé 2022 ». 400 projets ont été dénombrés à fin septembre 2019. 1 000 autres devront voir le jour d'ici 2022.

La signature, le 20 juin 2019, d'un accord conventionnel interprofessionnel en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins et du développement de l'exercice coordonné, a validé leurs missions et les soutiens financiers à leur création.

## Créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) : tout ce qu'il faut savoir

GAËTAN COUEDEL, RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT PROTECTION JURIDIQUE, MACSF

### ➤ Les CPTS, pour quoi faire ?

Les CPTS sont un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun. Peuvent s'y rassembler les acteurs :

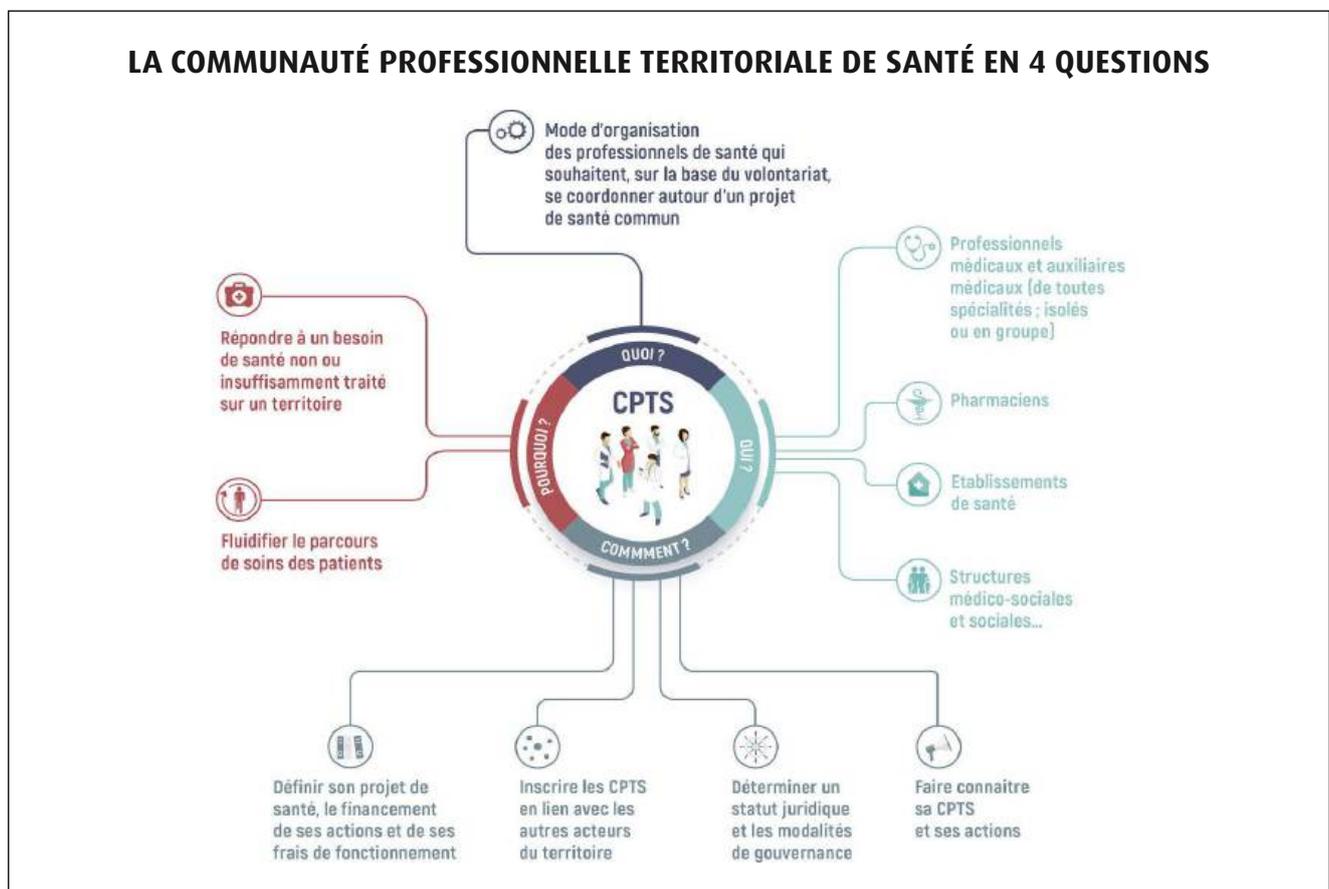
- qui assurent des soins de premiers et seconds recours (médecins généralistes

et spécialistes, infirmiers, pharmaciens...) exerçant seuls, en cabinet de groupe, en MSP ou en équipes de soins primaires ;

- des établissements hospitaliers (publics et privés) ;

- du secteur médico-social et social (EHPAD...).

Le but : faciliter le parcours de soin des patients, tout en contribuant à améliorer les conditions d'exercice des praticiens.



➤ **Quelles sont les missions « prioritaires » pour les CPTS ?**

Trois missions socles « prioritaires » ont été définies pour les CPTS :

- l'accès facilité à un médecin traitant et la prise en charge des soins non programmés ;
- l'organisation des parcours pluriprofessionnels pour les patients ;
- la prévention.

➤ **Comment créer une CPTS ?**

La création de la CPTS se formalise par la signature d'un contrat signé entre l'assurance maladie, l'ARS et les professionnels de santé, qui devront au préalable :

- identifier les besoins de santé non ou insuffisamment traités au sein de la population locale (et non pas seulement au sein de leur seule patientèle). Il peut s'agir par exemple de lutter contre l'obésité, d'améliorer le parcours des patients atteints d'une pathologie particulière,

d'assurer l'accès aux soins aux personnes âgées... ;

- rédiger un projet de santé, qui fixera les objectifs, les acteurs impliqués, les actions à mettre en œuvre et leur modalité d'évaluation... ;
- opter pour un cadre juridique ;
- s'intégrer avec les dispositifs existants (plateformes territoriales d'appui pour la coordination des soins complexes, contrats locaux de santé...).

Pour susciter et maintenir l'adhésion parmi les volontaires et les partenaires, il est conseillé de communiquer régulièrement sur le projet et les actions déployées.

➤ **La question du financement des CPTS**

L'assurance maladie pourra apporter une aide financière :

- pour contribuer au fonctionnement de la CPTS ;

- pour la rémunérer pour la conduite de chacune de ses actions.

L'accord prévoit un financement annuel maximum, qui varie en fonction du bassin de population touché par ses actions :

- 220 000 € si inférieur à 40 000 habitants,
- 287 000 € entre 40 000 et 80 000 habitants,
- 370 000 € entre 80 000 et 175 000 habitants,
- 450 000 € au-delà.

L'ARS peut apporter une aide complémentaire ponctuelle à la constitution de la CPTS. ■

**POUR ALLER PLUS LOIN**

Voir les vidéos issues de notre plateau télé dédié : [CPTS : retours d'expériences en images.](#)



« POUR SUSCITER ET MAINTENIR L'ADHÉSION PARMIS LES VOLONTAIRES ET LES PARTENAIRES, IL EST CONSEILLÉ DE COMMUNIQUER RÉGULIÈREMENT SUR LE PROJET ET LES ACTIONS DÉPLOYÉES. »

© ADBE STOCK



À l'ère du numérique, le médecin est, comme tout prestataire de services, soumis à la pression des notes, des commentaires, des tweets et même à la publication de décisions de justice, aux vertus expiatoires pour les victimes mais délétères pour la réputation des praticiens, bien loin d'en avoir conscience.

# L'anonymisation des décisions de justice

M<sup>E</sup> CATHERINE PALEY-VINCENT, AVOCATE AU BARREAU DE PARIS  
M<sup>E</sup> LÉA MANCHE, AVOCATE AU BARREAU DE PARIS



© ADOBE STOCK

## ➤ Ok Google : le Docteur « X » a-t-il déjà été condamné ?

Aujourd'hui, le patient 2.0 (très répandu) qui cherche à prendre rendez-vous chez un médecin a comme premier réflexe d'aller sur Internet, comme il le ferait pour trouver un coiffeur, un avocat ou un restaurant. Il tape dans la barre de recherche : « médecin généraliste à Paris » ou encore « prendre rendez-vous avec le Docteur X ».

Le résultat peut hélas s'avérer très négatif...

Aux côtés des liens vers Doctolib ou vers le site du cabinet, apparaissent les avis Google. Pire encore, peuvent ressortir des références à une procédure judiciaire concernant le médecin ou des décisions juridictionnelles tronquées, dénaturées, sorties de leur contexte, mettant en évidence des condamnations passées... repoussoirs très efficaces pour les patients soucieux de trouver un bon praticien.

Pour le médecin impliqué dans une procédure – ordinale, civile ou encore pénale –, la publicité de l'audience, le fait de vivre

le procès en direct, est déjà une épreuve lourde, faisant souvent la Une du journal local. Le revivre sur Internet l'est tout autant.

Comme tout citoyen, le médecin bénéficie de protection : le droit au respect de sa vie privée et le droit à l'oubli numérique. Or, lorsqu'il est question d'une décision de justice publiée intégralement sur Internet ou tout simplement commentée par un patient mécontent, ces principes protecteurs de l'individu se heurtent à d'autres grands principes : la publicité de la justice et l'accès au droit.

En effet, dans un pays où la justice est rendue « au nom du peuple français » et où « nul n'est censé ignorer la loi », audiences et décisions sont publiques. La jurisprudence doit être accessible. À partir du moment où chacun peut librement assister à un procès « physique », pourquoi ignorer sur Internet la décision prononcée ? Or, une telle publication contient des données personnelles, le nom et les coordonnées des parties, la profession, le lieu d'habitation et tout autre élément permettant d'identifier un individu.

L'explosion des nouvelles technologies, la surpuissance des moteurs de recherche, changent naturellement la donne.

Hormis les contentieux dans lesquels la loi ou la décision du juge conduit à ignorer l'identité des parties – le secret de l'instruction, le huis-clos d'une audience... –, le législateur a pris soin de concilier ces droits antagonistes – respect de la vie privée, droit à l'oubli, publicité de la justice et accès au droit – en mettant progressivement en place l'anonymisation des décisions de justice, palliatif nécessaire pour protéger les parties de la « honte » numérique.

Néanmoins, cette garantie ne constitue pas un bouclier suffisant à la préservation de l'e-réputation des professionnels de santé.

## ➤ Le principe d'anonymisation mis en œuvre pour les décisions de justice en open data

La publication des décisions de justice peut, dans certaines hypothèses, constituer en elle-même une sanction pour la partie condamnée « ayant mal agi ».

**« LA PUBLICATION DES DÉCISIONS DE JUSTICE PEUT, DANS CERTAINES HYPOTHÈSES, CONSTITUER EN ELLE-MÊME UNE SANCTION POUR LA PARTIE CONDAMNÉE "AYANT MAL AGI". »**



Par exemple, s'agissant des sanctions prononcées à l'encontre d'un médecin par la Section des assurances sociales, l'article L. 145-2 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente de donner des soins aux assurés sociaux peuvent être assortis d'une publication de la décision dans les locaux des CPAM.

De même, il est bien mentionné dans les décisions rendues par les Chambres disciplinaires de première instance ou la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins que ces décisions sont « *rendues publiques par affichage* ». Elles sont ainsi affichées à l'accueil des locaux du CNOM et des CROM et les noms des médecins y figurent avec le seul dispositif de la décision. Cet affichage est un moindre mal pour le médecin concerné.

S'agissant des juridictions civiles et administratives, il est bien loin le temps où les décisions de justice n'étaient consultables que dans des recueils, « grimoires » disponibles dans la Bibliothèque de la Cour de Cassation ou du Conseil d'État... Au fil des années, les juridictions se sont dotées de bases numériques favorisant une plus grande diffusion des décisions au public. Il a fallu attendre le décret du 7 août 2002 créant la base de données Légifrance pour que certaines décisions soient diffusées et accessibles à grande échelle sur Internet.

La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) s'est alors emparée de la question. Ayant fait le constat qu'il « *[suffisait] d'interroger un moteur de recherche sur le nom d'une personne pour obtenir gratuitement l'ensemble des informations la concernant diffusées sur Internet à partir de sites géographiquement épars ou de nature différente...* », la CNIL, dans une délibération du 29 novembre 2001, recommande d'assurer un équilibre entre le caractère public d'une décision de justice et les droits et libertés des personnes directement impliquées. Elle préconise pour les bases de données de jurisprudence en libre accès sur Internet, une suppression du nom et de l'adresse des parties en procès ou des témoins.

C'est avec la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 dite « Loi pour une République numérique » qu'a été consacré le principe d'*open data* des décisions de justice. Avec l'*open data*, les données numériques deviennent librement accessibles et utilisables dans un but « *d'ouverture des données* » soit, « *une forme élargie de publication des décisions de justice, cette dernière étant caractérisée par l'accès simultané à tout ou partie du patrimoine jurisprudentiel, aux fins de mise en relief de son contenu* ». Ainsi, tout public se voit mettre à disposition, à titre gratuit, les décisions des juridictions judiciaires ou administratives.

En termes flous et manquants cruellement de clarté, le législateur a imposé aux juridictions de procéder, en amont de cette publication, à une « *analyse du risque de ré-identification des personnes* » pour garantir le respect de leur vie privée. Faute de décret d'application, les dispositions découlant de cette loi de 2016 sont restées lettre morte... et ce, malgré les recommandations du Rapport Cadiet remis le 29 novembre 2017 au Garde des Sceaux.

Comment fallait-il mettre en œuvre le garde-fou prévu par la loi sur le respect de la vie privée ? Comment concrètement analyser le risque de ré-identification et avec quels moyens matériels et humains pour la justice ?

**« CE N'EST PAS UNE TOTALE ANONYMISATION QUI EST MISE EN ŒUVRE MAIS BEL ET BIEN UNE OCCULTATION DES SEULS NOMS ET ADRESSES – ON PEUT PARLER D'UNE PSEUDONYMISATION. »**

La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 dite « Loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice » est venue faire siennes les recommandations de 2001 de la CNIL, dans le contexte d'entrée en vigueur du très célèbre RGPD. Le législateur a ainsi réaffirmé ce besoin de concilier publication des décisions de justice et respect de la vie privée des parties. Ainsi, les articles introduits en 2016 – articles L. 10 du Code de Justice Administrative et L. 111-13 du Code de l'Organisation Judiciaire – ont été modifiés et disposent désormais que : « *Sous réserve des dispositions particulières qui régissent l'accès aux décisions de justice et leur publicité, les décisions rendues par les juridictions judiciaires sont mises à la disposition du public à titre gratuit sous forme électronique. Les noms et prénoms des personnes physiques mentionnées dans la décision, lorsqu'elles sont parties ou tiers, sont occultés préalablement à la mise à la disposition du public. Lorsque sa divulgation est de nature à porter atteinte à la sécurité ou au respect de la vie privée de ces personnes ou de leur entourage, est également occulté tout élément permettant d'identifier les parties, les tiers, les magistrats et les membres du greffe* ».

Désormais, la mise à la disposition gratuite sous forme électronique de ces décisions se fait selon un mécanisme à double détente :

- en premier lieu, l'analyse du risque de ré-identification a disparu au profit de l'occultation systématique, avant toute diffusion, des noms et prénoms des personnes physiques mentionnées dans la décision lorsqu'elles sont parties ou tiers ;
- en second lieu, dans l'hypothèse où la divulgation porterait atteinte à la sécurité ou au respect de la vie privée des personnes ou de leur entourage, les autres éléments permettant d'identifier les parties et les tiers sont également occultés.

*In fine*, toutes les données personnelles contenues dans ces décisions pourraient être supprimées, ce qui aboutirait à une décision intégralement anonymisée.

En réalité, ce n'est pas une totale anonymisation qui est alors mise en œuvre mais bel et bien une occultation des seuls noms et adresses – on peut parler d'une pseudonymisation –, non empreinte du risque de ré-identification des parties impliquées dans l'affaire. Si la loi du 23 mars 2019 poursuit cette volonté de protéger la vie privée des parties par un recours systématique à une occultation en préalable nécessaire à la publication,



il n'en demeure pas moins certaines lacunes et incertitudes quant à sa mise en œuvre pratique, de même que pour les décisions accessibles en *open access*.

➤ **Le principe d'anonymisation mis en œuvre pour les décisions de justice publiée (*open access*)**

La publicité des décisions de justice en *open access* se définit comme la délivrance d'une copie d'un jugement ou d'un arrêt à un tiers, à sa demande. En France, toute personne peut se faire délivrer la copie d'une décision de justice, qu'elle y soit ou non partie ou même impliquée dans l'affaire, sauf demandes fantaisistes, répétées ou abusives.

La loi du 23 mars 2019 est venue ajouter de nouvelles dispositions aux articles des Codes de Justice Administrative et de l'Organisation Judiciaire qui énoncent notamment : « *Les éléments permettant d'identifier les personnes physiques mentionnées dans la décision, lorsqu'elles sont parties ou tiers, sont occultés si leur divulgation est de nature à porter atteinte à la sécurité ou au respect de la vie privée de ces personnes ou de leur entourage* ». Le principe d'anonymisation de la décision dont la copie est sollicitée dépasse donc désormais la simple occultation des noms et prénoms pour concerner plus globalement « *les éléments permettant d'identifier* » une personne ou son entourage quand sa sécurité ou le respect de sa vie privée est en jeu.

**« LE MÉDECIN N'EST PAS COMPLÈTEMENT DÉMUNI POUR SE PROTÉGER CONTRE LE RISQUE DE RÉ-IDENTIFICATION. »**

➤ **Praticiens, ne baissez pas la garde !**

Ainsi, du fait de l'anonymisation des décisions de justice prévue par la loi, les médecins doivent-ils se sentir protégés et à l'abri d'Internet, pilori des temps modernes ? Malheureusement, une réponse en demi-teinte s'impose...

La pseudonymisation n'est qu'une étape timorée vers la complète anonymisation des décisions de justice. En recoupant les données personnelles non occultées dans une décision, ou simplement en lisant les faits très précis d'un arrêt, la ré-identification des parties reste souvent possible.

Par ailleurs, l'anonymisation complète des décisions de justice reste très critiquée par le monde du droit, les juristes déplorant l'éventuel manque d'intelligibilité d'une décision amputée de tous les faits pouvant être qualifiés de données personnelles... Les intérêts des professionnels de santé peuvent ainsi contrevenir aux intérêts des professionnels du droit. Or, la jurisprudence n'est-elle pas une véritable source de droit ? Pour bien vous défendre, nous devons comprendre, comparer, nous référer à des appréciations passées pour l'emporter à l'avenir...

En outre, la publication de toutes les décisions s'avère irréalisable, faute de moyens financiers et humains pour assurer la pseudonymisation et l'anonymisation. En 2019, 3,3 millions de décisions ont été rendues : seront-elles toutes publiées ? Comment s'atteler efficacement à une telle tâche pour répondre à ces nouveaux enjeux ? Reconnaissons qu'en l'état, les textes demeurent flous et imprécis. Un projet de décret est en cours de discussion.

Espérons qu'il apportera des éclairages concrets sur ces questions.

Enfin, un dernier point, très concret, nécessite d'être relevé pour les médecins exerçant bien souvent en SELARL, en SCP ou étant associé

d'une SCM, lesquelles peuvent avoir leur nom patronymique pour dénomination sociale... Alors que tout est dit pour les personnes physiques, rien n'est prévu pour les personnes morales que sont ces sociétés.

On l'aura compris, le tableau n'est pas entièrement noir, le médecin n'est pas complètement démuni pour se protéger contre le risque de ré-identification. La voie pénale est mobilisable et il est toujours possible, lorsqu'il est question de données personnelles, d'alerter la CNIL. De plus, si la décision est, par exemple, diffusée par un confrère dans le seul but de nuire, la saisine de l'Ordre des Médecins reste toujours une issue à privilégier pour sanctionner un tel manquement à la confraternité.

Déjà accablé par la mise en cause de sa responsabilité, le médecin aura-t-il l'envie de se lancer sur ces pistes ? Une toute autre histoire... ■

|| PUBLICATION DES DÉCISIONS DE JUSTICE : LES ENGAGEMENTS DE LA MACSF

Les juristes de la MACSF publient régulièrement sur le site Internet [macsf.fr](http://macsf.fr) des analyses de décisions rendues dans les dossiers des sociétaires.

Ces articles sont à la fois informatifs et préventifs : il s'agit d'analyser les causes des condamnations et de délivrer des conseils afin d'éviter d'éventuelles poursuites.

Dans ces publications, tous les détails qui permettraient d'identifier le professionnel de santé mis en cause sont systématiquement supprimés afin de préserver l'anonymat des parties.



La création du métier d'assistant médical est l'une des mesures-phares de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Qu'y a-t-il à savoir sur ce nouveau métier, destiné à redonner du temps médical aux médecins ? Tour d'horizon en huit questions.

## Les assistants médicaux en 8 questions

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

### ➤ Pourquoi des assistants médicaux ?

- Difficultés d'accès à un médecin traitant dans certains territoires.
- Allongement important des délais de rendez-vous, chez les généralistes comme les spécialistes, au point de compromettre la qualité des soins.
- Nécessité de rechercher une solution qui permette à la fois d'améliorer ces délais tout en ne dégradant pas davantage les conditions d'exercice des médecins.
- Objectif : libérer du temps médical pour que les médecins puissent suivre un plus grand nombre de patients et réduire leurs délais de rendez-vous.

« LIBÉRER DU TEMPS MÉDICAL POUR QUE LES MÉDECINS PUISSENT SUIVRE UN PLUS GRAND NOMBRE DE PATIENTS ET RÉDUIRE LEURS DÉLAIS DE RENDEZ-VOUS. »

### ➤ Qui peut recruter un assistant médical ?

- Toutes les spécialités médicales.
- Priorité donnée aux spécialités qui sont particulièrement en tension, en termes de densité géographique, sur tout le territoire ou dans certains départements selon les spécialités concernées, mentionnées en annexe 35 de la Convention nationale.
- Médecins de secteur 1 et médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAMCO).
- Médecins qui se sont engagés dans une démarche d'exercice coordonné (maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires,

équipes de soins spécialisés, etc.). **Le bénéfice de l'aide à l'embauche d'un assistant médical est réservé à des médecins regroupés dans un cabinet composé d'au moins 2 médecins.**

- Seuils d'activité et possibles dérogations (notamment pour les médecins nouvellement installés), fixés par l'arrêté.

Les médecins n'exerçant ni en zones sous-denses ni dans un même lieu physique peuvent bénéficier du financement du recrutement d'un assistant médical, sous condition de niveau d'activité et de recours à un même assistant médical, dans une logique de coordination renforcée de leurs conditions d'exercice.

L'avenant 8 à la Convention médicale d'août 2016, signé le 11 mars 2020, tient compte de la nécessité d'étendre à certains territoires la possibilité d'embaucher un assistant médical à temps plein. De même, il est décidé de déroger à la condition d'exercice regroupé, au-delà des zones initialement prévues.

Ces dérogations concernent **8 200 médecins supplémentaires** exerçant en zones sous-denses.

### ➤ Qui sont les assistants médicaux ?

- Selon l'**arrêté du 7 novembre 2019** relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical, sont autorisés à exercer la fonction d'assistant médical les détenteurs des diplômes d'État suivants : infirmier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, et les détenteurs du certificat de qualification professionnelle d'assistant médical.
- Formation d'adaptation à l'emploi dans le champ de l'organisation et de

la gestion administrative d'un cabinet médical requise pour les assistants médicaux non détenteurs du certificat de qualification professionnelle d'assistant médical, dans un délai de trois ans après leur prise de fonctions.

### ➤ Quelles missions pour les assistants médicaux ?

À titre indicatif et non limitatif, les missions confiées à l'assistant médical peuvent consister à :

- **effectuer certaines tâches administratives**, sans lien direct avec le soin : accueil du patient, création et gestion du dossier informatique, appui à la mise en place de la télémédecine dans le cabinet, etc.
- **préparer et aider au déroulement de la consultation** : aide à l'habillage ou au déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier patient sur le suivi des vaccinations par exemple, aide à la réalisation d'actes techniques ;

« LES FONCTIONS DE L'ASSISTANT MÉDICAL NE DOIVENT PAS SE LIMITER AUX SEULES FONCTIONS QUI SERAIENT EXERCÉES PAR UN SECRÉTARIAT MÉDICAL OU, PAR EXEMPLE, UNE ACTIVITÉ COURANTE DE SOIN INFIRMIER. »

- **exercer une mission d'organisation et de coordination** avec les autres intervenants à la prise en charge.



➤ **À quoi le médecin s'engage-t-il en contrepartie du recrutement d'un assistant médical ?**

- Consacrer une partie du temps dégagé par l'assistant médical à accueillir et assurer la prise en charge de davantage de patients, selon un niveau défini en fonction de la taille de la patientèle du médecin lors de l'embauche de l'assistant médical.
- Niveaux d'engagement variables en fonction de la spécialité et de la taille de la file active.
- Pour les médecins généralistes, deux engagements complémentaires :
  - augmentation de la patientèle adulte du médecin traitant ;
  - augmentation de la file active.

➤ **Quelle est l'aide à l'embauche ?**

- Aides formalisées dans l'avenant 7 à la Convention médicale d'août 2016, conclu le 20 juin 2019 et approuvé par [arrêté du 14 août 2019](#).
- 3 options d'aides possibles, selon le niveau d'engagement du médecin à augmenter sa file active ou sa patientèle. Les options sont détaillées dans l'avenant, et sous forme schématique [sur le site ameli.fr](#).

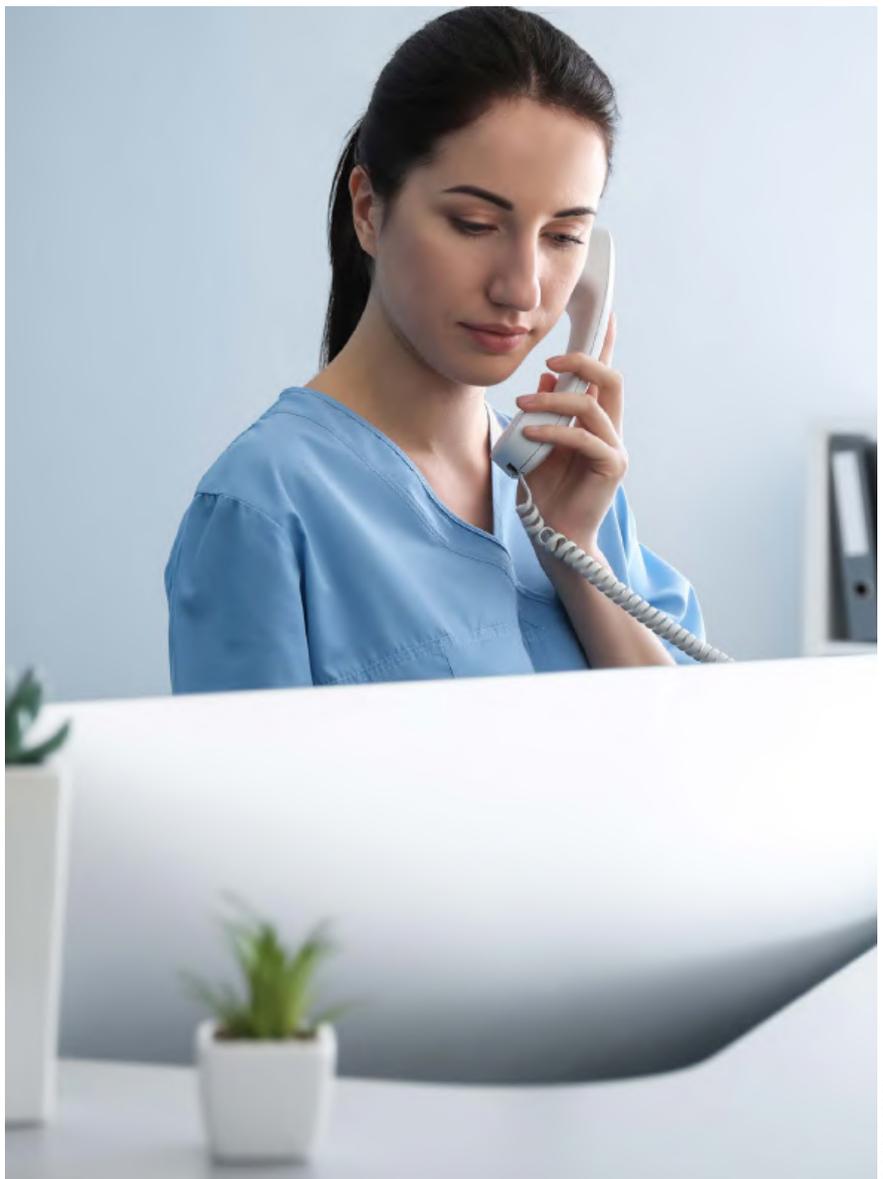
➤ **Comment les engagements seront-ils vérifiés ?**

- Observation du suivi de l'atteinte des objectifs fixés, **jusqu'à la fin des deux premières années de mise en œuvre**, et maintien de l'aide même si les objectifs ne sont pas totalement atteints.
- Vérification par la caisse de l'atteinte des objectifs à **partir de la 3<sup>e</sup> année de mise en œuvre** :
  - si au moins 75 % de l'objectif est atteint, l'aide est maintenue ;
  - sinon, une dégressivité est appliquée selon le taux d'objectif atteint.
- **À l'issue de la 3<sup>e</sup> année**, le médecin doit maintenir son niveau d'activité à hauteur des objectifs fixés, et ce tout au long de la durée restante du contrat.

- **À partir de la 4<sup>e</sup> année et pour les suivantes**, l'aide est versée au prorata du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.
- Points d'échanges semestriels entre la caisse et les médecins signataires du contrat pour évoquer d'éventuelles difficultés de mise en œuvre et en tenir compte, le cas échéant, dans l'évaluation de l'atteinte des objectifs.

Des avenants aux contrats initiaux peuvent être signés.

- Résiliation anticipée du contrat possible par la caisse, y compris pendant les deux premières années, si un médecin ne respecte pas ses termes, soit de manière manifeste, soit pour des raisons indépendantes de sa volonté (exemple : démission ou arrêt prolongé de l'assistant médical). ■



© ADOBE STOCK



Le régime d'assurance chômage concernait exclusivement les salariés involontairement privés d'emploi.

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, un travailleur indépendant qui cesse son activité peut bénéficier d'une allocation chômage sans cotisation supplémentaire.

## L'assurance chômage pour les indépendants

LAURIANE LENFANT, JURISTE, MACSF



© GETTY IMAGES

### ➤ Quelles sont les conditions d'obtention de l'assurance chômage pour les indépendants ?

- L'activité doit avoir cessé **suite à une liquidation judiciaire ou d'un redressement judiciaire**.
- Avoir exercé votre activité sans interruption pendant au moins 2 ans au titre d'une seule et même entreprise.
- Être à la recherche effective d'un emploi.
- L'activité doit avoir généré au moins **10 000 € (7 500 € à Mayotte)**. Sont pris en compte les revenus perçus au cours des 2 années qui ont précédé la cessation d'activité.
- Disposer de ressources personnelles inférieures au montant du RSA, soit moins de **559,74 € par mois (moins de 419,81 € à Mayotte)**.

### ➤ Quelles sont les modalités de versement de l'allocation ?

L'allocation d'un montant de **800 €** environ (26,30 € par jour – 19,73 € par jour pour Mayotte) sera versée mensuellement :

- pendant 182 jours, soit 6 mois maximum à partir de la date de l'inscription à Pôle emploi ;
- lorsque la personne est déjà inscrite, à la date du premier jour du mois au cours duquel la demande d'allocation a été faite.

L'allocation est soumise à la [CSG, CRDS](#) et à l'impôt sur le revenu.

Elle ne se cumule pas avec l'[Aide au Retour à l'Emploi \(ARE\)](#). ■



Lorsqu'un salarié est victime d'un accident du travail, il bénéficie habituellement d'une protection contre la rupture de son contrat.

Découvrez dans les 2 exemples suivants comment l'employeur a pu néanmoins procéder à la rupture du contrat.

# Accident du travail et rupture du contrat de travail

BÉNÉDICTE NASSE, JURISTE, MACSF

## ➤ Accident du travail et rupture de la période d'essai

La rupture d'une période d'essai est valide si l'employeur n'avait pas connaissance de l'accident du travail du salarié au moment de l'envoi de sa lettre recommandée procédant à la rupture de la période d'essai.

Dans les faits ayant donné lieu à cette affaire<sup>1</sup>, le salarié a été victime d'un accident du travail le jour où l'employeur a mis fin à la période d'essai par lettre recommandée avec accusé de réception. Le salarié en a informé son employeur le lendemain par SMS.

Les termes de l'[article L. 226-9 du Code du travail](#), qui met en place un régime protecteur du salarié en cas d'accident du travail, ne s'appliquent qu'en cas d'information préalable de l'employeur de la survenance d'un accident du travail.

Pour la Cour d'appel, « l'employeur doit, au moment où il notifie la rupture, être informé de la suspension du contrat de travail et du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, l'appréciation de l'information est à effectuer à la date de la notification de la décision ».

## ➤ Accident du travail et licenciement pour motif disciplinaire

Le licenciement disciplinaire d'un salarié au cours d'une période de suspension de son contrat de travail ne peut être légalement prononcé que pour faute grave, sous peine de nullité.

« L'ARTICLE L. 226-9 DU CODE DU TRAVAIL MET EN PLACE UN RÉGIME PROTECTEUR DU SALARIÉ EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL. »

Toutefois la question se pose de savoir sur quel fondement l'employeur peut s'appuyer pour justifier la faute grave, du fait de la période de suspension du contrat de travail.

Dans la décision du 20 février 2019<sup>2</sup>, la Cour de cassation pose le principe selon lequel « la faute grave est justifiée par un manquement à l'obligation de loyauté envers son employeur ».

Dans cet arrêt, un sportif professionnel a refusé de se soumettre à des soins nécessaires à la reprise de son activité.

La Cour de cassation pose alors le principe suivant : « Pendant une période de suspension du contrat de travail du fait d'un AT/MP, l'employeur peut rompre le contrat pour faute grave sans encourir la nullité en invoquant des manquements à l'obligation de loyauté ».

## ➤ Les dispositions à respecter

### • Article L. 1226-9

Au cours des périodes de suspension du contrat de travail, l'employeur ne peut rompre ce dernier que s'il justifie :

- soit d'une faute grave de l'intéressé,
- soit de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à l'accident ou à la maladie.

### • Article L. 1226-13

Toute rupture du contrat de travail prononcée en méconnaissance des dispositions des articles L. 1226-9 est nulle. ■

### NOTES

1. Cour d'appel, 18 juin 2019, n° 17/08902.
2. Cass. soc., 20 février 2019, n° 17-18.912.



© ISTOCK



“Et si j’ai un souci  
médico-légal  
à 23h... qui me  
conseille ?,,

NOS MÉDECINS-CONSEILS VOUS  
RÉPONDENT 24H/24, 7J/7.  
Nous agissons toujours  
dans votre intérêt.

3233

Service gratuit  
+ prix appel

[macsf.fr](http://macsf.fr)

