

L'ONIAM et les ayants-droit.



Une décision récente du Conseil d'Etat revient sur la possibilité pour les ayants-droit d'être indemnisés par l'ONIAM en cas d'accident médical grave aux conséquences anormales. CE 28 oct. 2022, 5ème et 6ème ch. réunies, n° 434968, Lebon.

Les relations entre les ayants-droit et l'ONIAM ne sont pas simples et les juges du droit doivent régulièrement préciser certains points. Il convient de rappeler que l'article L. 1142-1 II du Code de la santé publique, qui s'applique dans l'hypothèse d'un accident médical non fautif à la charge de l'ONIAM, réserve le droit à indemnisation à la personne victime dudit accident. Toutefois, lorsque celle-ci est décédée, et seulement à cette condition, ses ayants-droit peuvent alors, non seulement demander une indemnisation des préjudices subis par la personne décédée, mais également réparation des préjudices qu'ils ont personnellement subis du fait de ce décès.

La notion d'ayants-droit prête à confusion. Elle a un sens en droit civil qui est différent de celui du droit social par exemple. En droit civil, la notion d'ayant-droit est en principe réservée aux héritiers, ce qui par définition suppose bien évidemment le décès de la victime principale. En droit de la sécurité sociale, l'ayant-droit est celui qui bénéficie d'un droit grâce à un autre, ce qui n'implique nullement le décès de ce dernier.

En matière d'accidents médicaux non fautifs, la distinction est brouillée et il n'est parfois pas simple de faire la part entre les droits et prérogatives des ayants-droit et ceux des victimes par ricochet. Si nous reprenons les différentes étapes, rappelons que, le Conseil d'Etat est venu préciser que l'exclusion des victimes par ricochet ne concernait que l'article L. 1142-1 II (les accidents médicaux non fautifs) et non les hypothèses d'infections nosocomiales (CSP, art. L. 1142-1-1). Dans cette dernière hypothèse, bien que l'indemnisation incombe à l'ONIAM, les victimes par ricochet, faute d'exclusions expresses de la loi, ont droit à indemnisation de leur préjudice personnel (CE, 9 déc. 2016, n° 390892). La Cour de cassation a d'ailleurs suivi le Conseil d'Etat sur cette voie (Cass. 1re civ., 8 févr. 2017, n° 15-19.716, FS-P+B).

Ensuite, la haute juridiction administrative, dans deux décisions de 2019 (CE 3 juin 2019, n° 414098 et CE 24 juill. 2019, n° 422934), s'est concentrée sur la notion d'ayant-droit elle-même, telle qu'elle figure à l'article L. 1142-1 II. Dans ce texte, il faut se souvenir que le droit à indemnisation des ayants-droit est conditionné au décès de la victime principale. Cela laisse supposer a priori une équivalence entre les termes d'héritiers et ceux d'ayants-droit.

Dans un souci indemnitaire et sans doute une forme de bienveillance à l'égard de victimes qui pouvaient se sentir injustement exclues, le Conseil d'Etat a retenu une approche large de la notion d'ayants-droit qui va bien au-delà du cercle des héritiers. Pour le juge administratif, les ayants-droit sont ainsi toutes les personnes qui entretenaient avec la victime des liens étroits et qui subissent du fait de son décès un préjudice direct et certain. Autrement dit, nous sommes alors très proches de la notion de victime par ricochet, si ce n'est que l'indemnisation de celle-ci suppose le décès de la victime principale.

La décision ici signalée revient précisément sur la notion de décès. Elle précise très clairement que le décès doit être imputable à un accident médical. Dans l'affaire en question, Mme X a présenté, à la suite de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie le 11 avril 2006 dans un CHU et des reprises chirurgicales subséquentes, des troubles mécaniques, neurologiques et psychologiques entraînant un déficit fonctionnel permanent évalué à 50 %. La victime et son époux, agissant en leur nom personnel et en qualité de représentants de leur fils mineur B, ainsi que Mme F, leur fille, obtiennent en première instance la condamnation du CHU pour un défaut d'information à l'origine d'une perte de chance de 20 % et la condamnation de l'ONIAM pour les 80 % restants au titre d'un accident médical non fautif. En appel, alors que la victime principale est décédée, la perte de chance est portée à 50 %, diminuant ainsi la contribution de l'ONIAM. Dans le cadre de cette instance, la cour administrative d'appel met par ailleurs mis à la charge de l'ONIAM la somme de 4 000 euros à verser au conjoint survivant et la somme de 3 000 euros chacun à verser à ses deux enfants au titre de leurs préjudices propres.

Une telle solution, logique si la victime était décédée des suites de l'accident médical, est vouée à la cassation si le décès n'est pas imputable à la prise en charge médicale. En l'espèce, la cour administrative d'appel a oublié ce point en se contentant du décès de la victime pour justifier le droit à indemnisation des préjudices propres des ayants-droit sans se prononcer sur la cause du décès. Il reviendra ainsi la cour administrative d'appel de se prononcer sur la question toujours délicate de l'imputabilité face à des tableaux cliniques souvent complexes.

Enfin, nous observerons que la question de l'imputabilité du décès à l'acte se pose au-delà du problème du droit à indemnisation par l'ONIAM. Une question identique se pose en effet lors de la saisine des CCIAM. La saisine des CCIAM par les ayants droit est réservée aux hypothèses dans lesquelles le décès est imputable à la prise en charge. Le rôle de la commission sera alors de se prononcer sur le caractère ou non défailant de celle-ci. Toutefois, au stade la recevabilité du dossier, la question de la compétence de la commission lorsqu'elle est saisie par des ayants-droit se posera, dès lors que le décès n'est pas imputable à un acte de soins, de prévention ou de diagnostic.

ACTUALITE JURISPRUDENTIELLE

Secret médical et expertise : CE, 15 nov. 2022, n° 441387

Dans cette affaire, une personne est victime d'un accident de la circulation. Une expertise amiable est diligentée par son assureur et communiquée à l'assureur de l'autre conducteur. De manière très classique, l'assureur en question remet l'expertise à son médecin-conseil. La tentative de règlement amiable n'ayant pas abouti, la victime saisit le juge des référés. Sortant du processus amiable, le demandeur saisit le juge des référés pour obtenir une expertise judiciaire. Sans surprise, le juge fait droit à sa demande et précise que l'expert a notamment pour mission de se faire délivrer tout document utile mais aussi que « la communication de toute pièce médicale à un tiers [est] subordonnée à l'accord de la personne concernée ». Le médecin-conseil de la compagnie d'assurance adverse remet spontanément à l'expert le rapport d'expertise amiable, malgré l'opposition de la victime. Une procédure disciplinaire est alors initiée. En première instance, le médecin se voit infliger un blâme mais en appel, la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, annule la décision aux motifs que le secret médical n'est pas enfreint dès lors que l'obligation de respecter le secret médical s'appliquait aux deux médecins et que l'échange de telles données couvertes par le secret médical concourait à la bonne administration de la justice. Avec une telle motivation reposant sur la notion de secret partagé, la cassation était certaine. L'article L. 1110-4 du Code de la santé publique concerne le partage dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique. Nous ne sommes ici pas du tout dans ce cadre. La qualité de médecin n'implique pas le droit de partager des informations qui sont par nature couvertes par le secret. La décision du Conseil d'Etat est donc parfaitement logique.

En dehors du contexte particulier de la loi Badinter, la mention « la communication de toute pièce médicale à un tiers [est] subordonnée à l'accord de la personne concernée » qui figure dans l'ordonnance du juge pourrait s'avérer problématique en matière de responsabilité médicale. Cette formulation permet en effet à la victime d'interdire à l'avocat du défendeur de transmettre à son propre médecin conseil des pièces nécessaires pour élaborer sa propre défense. Rappelons qu'il s'agit là pourtant de pièces médicales qui sont dans le débat judiciaire par la volonté de la victime.

Si les tensions entre secret médical et droit de la preuve sont récurrentes, par exemple en droit des assurances, une nouvelle ligne de front pourrait se dessiner entre cette fois, le secret médical et les droits de la défense.

Infection subséquente et infection nosocomiale : Cass. 1^{ère} civ., 23 nov. 2022, n° 21-24.103, F-B.

Il est permis de se demander si la notion d'infection secondaire ne va pas bientôt disparaître. Déjà une décision du Conseil d'Etat, que nous avons signalée dans une lettre précédente, la question était posée (CE, 1er févr. 2022, n° 440852 : Lebon T, Lettre RC Med. 22). Il s'agissait d'une intervention qui s'était compliquée avec la réintégration de la colostomie dans l'abdomen. Cette rétractation avait été à l'origine d'une péritonite aiguë généralisée et d'un état de choc septique avec syndrome respiratoire aigu. La logique aurait dû conduire à analyser le fait générateur initial (la rétractation de la colostomie) et apprécier si cet aléa était indemnisable par l'ONIAM. La question de l'infection subséquente était hors du débat, elle n'était qu'une conséquence de la complication initiale. La juridiction administrative, afin d'éviter tout débat sur la notion d'anormalité qui conditionne le droit à indemnisation dès lors qu'il est fondé sur l'article L. 1142-1 II, avait qualifié l'infection subséquente d'infection nosocomiale. Le tour était joué. Le fait dommageable initial devient transparent, seule demeure l'infection qui, une fois qualifiée de nosocomiale, échappe à l'emprise de l'article L. 1142-1 II et bascule dans le champ de l'article L. 1142-1-1. Le DFP étant supérieur à 25 %, l'indemnisation incombe à l'ONIAM, sans que la question de l'anormalité ne se pose.

La Cour de cassation suit la même stratégie. Il s'agissait en l'espèce d'une infection consécutive à la survenue d'une fistule digestive durant l'intervention. Une complication connue en matière de chirurgie bariatrique. Le débat aurait dû porter sur la notion d'aléa ou éventuellement le caractère adéquat de la prise en charge de celui-ci. Ce débat est totalement évité avec la qualification opportuniste d'infection nosocomiale. Dans l'affaire que le Conseil d'Etat a jugée, l'obligation d'indemnisation est revenue à l'ONIAM en raison d'un DFP supérieur à 25 %. Cette fois, en présence d'un DFP inférieur à ce seuil, l'indemnisation incombe à l'assureur. Il est bien difficile ici de ne pas penser que l'assureur, sous couvert d'infection nosocomiale, n'indemnise ni plus, ni moins qu'un aléa thérapeutique dont l'indemnisation aurait dû en principe échoir à l'ONIAM. Mais alors il aurait alors fallu réunir les critères de gravité et d'anormalité prévus par l'article L. 1142-1 II. La stratégie est claire : l'écran de fumée nosocomiale évite de se confronter aux conditions d'indemnisation des aléas thérapeutiques que l'on sait très exigeantes. C'est sans doute à ces dernières qu'il conviendrait de s'attaquer plutôt que de vider de son sens la notion d'infection nosocomiale, au sens juridique du terme.

Chute et défaut de surveillance. Cass. 1^{ère} civ., 5 oct. 2022, n° 21-19.009

La chute d'un patient est souvent synonyme de défaut de surveillance. Souvent ne veut toutefois pas dire toujours. Il convient en effet de tenir compte de la nécessité ou non de surveiller le patient. Ainsi, une cour d'appel a pu valablement mettre hors de cause un établissement en retenant que la patiente, âgée de 83 ans, était autonome pour se mobiliser et était en pleine capacité de ses facultés mentales et physiques. Aussi, lorsqu'elle est chute en pleine nuit en se rendant aux toilettes dans sa chambre, il n'est pas possible de retenir une faute de l'établissement puisque son état ne nécessitait pas une surveillance ou une mesure spécifique.

- AUTEUR

Laurent BLOCH
Professeur à l'Université de Bordeaux

— RESPONSABLE DE LA PUBLICATION

Annie BERLAND
aberland@racine.eu