

⚠ L'aléa thérapeutique, une notion juridique, ce qu'il faut en connaître



S. Bart

Medical accident, a legal concept, what you need to know about it

S. Bart^a
W. Djadoun^b

^aService d'urologie, CH René-Dubos, GHT Nord Ouest Val d'Oise, 95300 Pontoise, France

^bPôle juridique de l'association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC), 75009 Paris, France

RÉSUMÉ

La prise en charge de patients âgés en uro-oncologie augmente la morbidité péri-opératoire. En dehors de la responsabilité pour faute, la survenue de complications graves et exceptionnelles amène les notions juridiques d'état antérieur et d'aléa thérapeutique. Au travers d'un cas clinique évalué en Commission de conciliation et d'indemnisation, nous vous proposons d'explorer la notion d'aléa thérapeutique. Cette notion a été définie dans le cadre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 dite loi Kouchner. L'article L. 1142-1-II du Code de la santé publique est le fondement de l'indemnisation des victimes par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) en cas d'accident médical non fautif. L'objectif de cet article est d'appréhender cette notion juridique.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

The management of elderly patients in uro-oncology increases perioperative morbidity. Apart from liability for fault, the occurrence of serious and exceptional complications leads to the legal notions of previous state and therapeutic hazard. Through a clinical case evaluated in the Conciliation and Compensation Commission, we propose to explore the notion of medical accident. This concept was defined in the context of Law No. 2002-303 of 4 March 2002 known as the Kouchner Law. Article L. 1142-1-II of the Public Health Code is the basis for the compensation of victims by the National Office for Compensation of Medical Accidents in the event of a non-wrongful medical accident. The purpose of this article is to understand this legal concept.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

PRÉSENTATION DU CAS

Urologue salarié, vous prenez en charge un patient de 77 ans dans le cadre d'une tumeur du rein de découverte fortuite.

Il présente les antécédents suivants : une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, une bronchopneumopathie chronique obstructive post tabagique, une appendicectomie et de multiples résections transurétrale de vessie pour des tumeurs urothéliales de bas grade pTa G1.

Lors de son suivi urologique, une URO TDM permet le diagnostic d'une tumeur du pôle inférieur du rein gauche primitive de 47 × 65 × 55 mm avec un développement exorénal et un centre nécrotique. Le bilan d'extension est négatif.

Après évaluation anesthésique et discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, il lui est proposé une néphrectomie partielle. L'information est donnée et le consentement recueilli. L'intervention est réalisée par lombotomie sans difficulté particulière.

MOTS CLÉS

Aléa thérapeutique
Expertise médico-légale

KEYWORDS

Medical accident
Forensic expertise

Auteur
correspondant. Service
d'urologie, CH René-Dubos,
GHT Nord Ouest Val d'Oise,
Pontoise 95300, France.
Adresse e-mail :
stephane.bart@ght-novo.fr



Les suites sont marquées par un iléus postopératoire, une infection fébrile à *Enterococcus faecalis* traitée par amoxicilline, et la découverte d'une thrombose de la veine rénale gauche, pour laquelle une anticoagulation curative est démarrée.

L'anatomopathologie retrouve un adénocarcinome à cellules claires de Fühman 4 de 6,5 cm avec infiltration de la graisse périrénale au niveau du hile, une recoupe de la capsule qui retrouve un nodule tumoral évoquant une thrombose veineuse néoplasique d'une branche de la veine rénale (pT3a).

Compte tenu de l'existence de cette thrombose de la veine rénale et de l'analyse histologique, la réunion concertation pluridisciplinaire propose la réalisation d'une néphrectomie totale élargie gauche.

Elle est réalisée, 3 mois après la précédente chirurgie, par coelioscopie. La cavité abdominale présente de nombreuses adhérences et une brèche pleurale sera reconnue et suturée. L'anatomopathologie retrouvera un carcinome à cellules rénales Fühman 3 avec un thrombus tumoral. Le patient va présenter à J2 une défaillance respiratoire et un état de choc.

Le bilan scannographique met en évidence un épanchement pleural gauche avec un pneumothorax qui a nécessité un drainage et le transfert dans une unité de réanimation dans un centre hospitalier référent. Dans les suites, devant l'altération persistante de l'état général malgré la prise en charge de drainage, un nouveau scanner retrouve un infarctus colique gauche sur environ centimètre ainsi qu'un infarctus splénique. Une décision collégiale de reprise chirurgicale réalisée 2 jours plus tard constate les lésions abdominales. Une colectomie, avec colostomie transverse et sigmoïdostomie ainsi qu'une splénectomie d'hémostase en raison d'une plaie de la rate sont réalisées.

Le patient va présenter un état de choc septique réfractaire dans ce contexte de péritonite à *E Coli* et décéder 2 jours plus tard.

Un collègue d'expert, comprenant un chirurgien urologue, un anesthésiste-réanimateur et un chirurgien digestif, va étudier le dossier en commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) [1].

ÉVALUATION DU DOSSIER EN CCI

Dans le rapport de la CCI, il est noté

« Les causes des dommages allégués est le lien de causalité avec l'acte : M. X est décédé à l'âge de 78 ans dans les suites d'un choc septique avec défaillance multiviscérale irréversible. Ce choc septique a été causé par une péritonite due à la nécrose de l'angle colique gauche causée par une lésion et/ou ligature de l'artère colique supérieure gauche lors de la viscérolyse avec décollement colopariétal lors de l'opération ... associée à une pleurésie gauche, la plèvre gauche ayant, du fait de la brèche pleurale, été contaminée par la flore digestive colique (d'ischémie) et le même germe *Enterococcus faecalis* et *Escherichia coli* ont été retrouvés ultérieurement dans les deux cavités. ».

En ce qui concerne la 1^{ère} structure de santé

« L'information pour les deux interventions programmées ... en 2018 a été tracée et le document de l'AFU a été remis. Les différentes consultations du docteur ... rapportent clairement

le processus d'information ainsi que des décisions opératoires.

En conséquence, aucune faute n'est imputable ... dans la survenue de ces complications. »

Il est également noté

« La responsabilité de la ... ne pouvant être retenue, il peut être considéré que les complications consécutives à l'accident médical en cause sont anormales au regard de l'état antérieur de M. X comme de l'évolution prévisible de celui-ci »

En ce qui concerne la 2^e structure de santé,

« La commission, après en avoir délibéré, suivant en cela les experts, un retard de la prise en charge chirurgicale estimée à 3 jours et un traitement inapproprié de la pleurésie purulente lors des réinterventions des ... 2018. »

Il résulte de ce qui précède que la prise en charge de M. X par le CH ... n'a pas été conforme aux règles de l'art et a été responsable d'un retard de prise en charge qui a compromis les chances du patient d'éviter le dommage actuellement présenté. Cette perte de chance est évaluée par la commission à 70 %. »

« En l'espèce, il appartient donc :

- au CH de réparer 70 % des préjudices, cette fraction correspondant à la perte de chance précitée ;
- à l'ONIAM de réparer les 30 % restants. »

Il existe donc une partie du préjudice évalué qui est liée à l'aléa thérapeutique et qui sera donc indemnisée par l'Organisme National d'indemnisation des accidents médicaux au titre de la solidarité nationale.

L'assureur de la structure de soins de recours réglera 70 % de l'indemnisation au titre de la perte de chance [2]. Il est intéressant de noter la mise en cause de l'établissement de recours dans le cadre d'une prise en charge réanimatoire extrêmement complexe et l'avis des Experts sur l'ensemble de la prise en charge médicale et notamment initiale. Cela finit de nous convaincre de l'importance d'être présent aux réunions d'expertise quel que soit son statut afin d'explicitier et défendre au mieux sa prise en charge médicale. Dans ce dossier, aucun des médecins ou chirurgiens ayant directement pris en charge le patient n'étaient présents à l'expertise, ce qui a été préjudiciable pour une défense optimale de la seconde structure de soins, et participé à sa mise en cause.

LES ABORDS JURIDIQUES DE L'ALÉA THÉRAPEUTIQUE [3]

Avant la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, aucun texte ne régissait la situation dans laquelle un patient était victime d'un accident médical non fautif grave. C'est donc la jurisprudence qui a progressivement esquissé un droit à indemnisation pour ce cas précis. On ne peut évoquer le sujet sans citer le célèbre arrêt Bianchi [4] dans lequel le Conseil d'État a admis, sous certaines conditions, l'indemnisation de l'aléa médical : « *Lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme*



avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'extrême gravité ».

Pour sa part la juridiction judiciaire a refusé, à plusieurs reprises, de faire entrer la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique dans le champ des obligations du médecin et a ainsi refusé d'adopter un régime de responsabilité sans faute [5].

M. Pierre Sargos, alors conseiller à la Cour de cassation avait notamment avancé les arguments suivants : « (...) L'aléa thérapeutique est en réalité le constat de l'impuissance de l'intervention médicale face à un risque non maîtrisable en l'état des données acquises de la science à la date des soins. Il s'agit même, d'une certaine façon, de la survenance d'un cas fortuit qui est normalement exonératoire de la responsabilité. (...) Enfin, l'équilibre économique des membres des professions médicales qui font objectivement courir des risques majeurs aux patients serait tellement compromis qu'on pourrait craindre des difficultés d'assurance et une réticence des praticiens à s'engager dans des spécialités à risque » [6].

C'est dans ce contexte que le législateur est venu améliorer le sort des victimes d'accidents médicaux avec la loi du 4 mars 2002.

En effet, l'article L. 1142-1-II du Code de la santé publique dispose que : « Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret ».

Cet article est le fondement de l'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) en cas d'accident médical non fautif.

Ainsi, on peut constater que ce texte fait le choix de se référer à la notion d'accident médical plutôt qu'à celle de l'aléa thérapeutique, considérée comme plus ambiguë [7], sans pour autant en donner de définition. De la simple lecture de l'article L.1142-1 I se dégagent les principaux critères de l'accident médical pris en charge par l'ONIAM :

- Il ne doit pas résulter d'une faute ;
- Il doit être directement imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins ;
- Il doit avoir entraîné pour le patient des conséquences anormales :
 - au regard de son état de santé,
 - comme de l'évolution prévisible de celui-ci ;
- Il doit présenter un degré de gravité suffisant pour justifier du bénéfice de la solidarité nationale. Ainsi, la notion de

« gravité » intervient à deux niveaux se dissimulant derrière la notion d'anormalité du dommage.

Afin d'appréhender au mieux cette notion, il convient de revenir sur chacune des conditions et plus particulièrement l'appréciation qu'en fait la jurisprudence.

ALÉA THÉRAPEUTIQUE ET FAUTE

Par principe, l'aléa thérapeutique s'oppose à la faute. Cependant, il existe des circonstances dans lesquelles cette affirmation doit être nuancée. Il s'agit du cas où la situation finale du patient trouve son origine et son imputabilité à la fois dans une faute du praticien et dans un accident médical non fautif ; situation précisément traitée par le législateur à travers l'article L. 1142-18 du Code de la santé publique disposant que : « Lorsque la commission estime qu'un accident médical n'est que pour partie la conséquence d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins engageant la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé, elle détermine la part de préjudice imputable à la responsabilité et celle relevant d'une indemnisation au titre de l'office ».

Ainsi, tandis que la faute primitive emporte l'indemnisation totale du préjudice, un accident médical non fautif suivi d'une faute emporte un partage en fonction de la participation causale de ces deux faits générateurs.

À titre d'exemple, lorsque le dommage est dû à un accident non fautif, mais que l'origine de cet accident réside dans une infection nosocomiale qui a rendu nécessaire l'intervention à l'origine du dommage, l'ONIAM est fondé à engager une action récursoire [8]. Pour la juridiction judiciaire, il n'y a donc pas d'indemnisation au titre de la solidarité nationale dans une telle situation.

Les juridictions administratives, quant à elles, admettent le principe d'un cumul de l'indemnisation par le praticien des conséquences de sa faute sous la forme d'une perte de chance, et de l'indemnisation du reliquat constitutif d'un accident médical non fautif par l'ONIAM.

Un dommage résultant « d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins »

L'aléa thérapeutique peut être retenu dans les suites d'un acte de prévention, de diagnostic [9] ou de soins. Cette condition va de soi dans la mesure où elle participe de la définition même de l'accident médical.

La loi du 4 mars 2002 n'ayant pas défini la notion d'acte de soins ouvrant droit à réparation au titre de la solidarité nationale, l'ONIAM en avait adopté une définition restrictive tenant à sa finalité thérapeutique et refusait à ce titre d'inclure dans son champ de compétence les accidents médicaux subis à l'occasion d'actes à finalité esthétique. Certaines jurisprudences avaient retenu la solution inverse [10].

Depuis le 1^{er} janvier 2015, avec la loi de Financement de la Sécurité sociale [11], le législateur a cependant mis fin à cette jurisprudence en restreignant la compétence principale de l'ONIAM aux actes à finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructive y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi. Finalement, lorsqu'il s'agira d'un acte de chirurgie esthétique, seuls les actes de chirurgie réparatrice pourront donner lieu à une demande d'indemnisation devant l'ONIAM.

À l'inverse, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a réintégré dans ce dispositif



les actes à finalité contraceptive ou abortive, qui peuvent, dès lors, être pris en charge par l'ONIAM modifiant ainsi l'article L. 1142-3-1 du Code de la santé publique.

Par ailleurs, l'ONIAM a toujours exclu l'accouchement par voie basse de sa compétence en considérant qu'en l'absence de manœuvres obstétricales, il s'agit d'un acte ou processus naturel et non d'un acte de soins. Les juridictions des deux ordres ont adopté ce point de vue [12]. La réalisation d'un risque inhérent à l'accouchement naturel, « l'aléa de la gestation ou de la naissance », ne constitue donc pas un accident médical non fautif susceptible d'être pris en charge par la solidarité nationale en dépit des conséquences qui peuvent être dramatiques. Toutefois, les juges reconnaissent que si des manœuvres obstétricales sont effectuées, la qualification d'acte de soins doit être retenue.

La première chambre civile, dans un arrêt du 19 juin 2019 [13], a affirmé, dans un attendu de principe, que si l'accouchement par voie basse constitue un processus naturel, les manœuvres obstétricales pratiquées par un professionnel de santé lors de cet accouchement caractérisent un acte de soins au sens de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. Dès lors, en cas de survenance d'un aléa thérapeutique, l'ONIAM doit prendre en charge l'indemnisation versée à la victime.

UN DOMMAGE « GRAVE »

L'accident médical est qualifié de grave dès lors qu'il a entraîné le décès ou un dommage supérieur au seuil fixé par le décret n° 2003-304 du 4 avril 2003 [14]. Ce dernier est atteint lorsque l'un des critères suivants est rempli :

- un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 % ;
- ou un arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;

Ou à titre exceptionnel :

- lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant l'accident médical ;
- lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne à la victime des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence (TPGCE).

UN DOMMAGE « ANORMAL »

Le législateur de 2002 a voulu, par cette disposition, pallier le risque de voir la mise en œuvre systématique de la solidarité nationale dès que le dommage atteignait le degré de gravité requis par la loi. Néanmoins, en distinguant le caractère de gravité de celui d'anormalité, l'appréciation de ce critère par le juge s'est avérée complexe. En effet, en l'absence de définition précise, le critère d'anormalité a donné lieu à une jurisprudence fluctuante.

Toutefois, par deux arrêts rendus le 12 décembre 2014 [15], le Conseil d'État est venu en clarifier les conditions

d'appréciation en mettant en exergue deux critères d'identification. Le considérant suivant est repris dans les deux arrêts : « *Considérant que, lorsque les conséquences de l'acte médical ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, elles ne peuvent être regardées comme anormales sauf si, dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible ; qu'ainsi, elles ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l'état du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage* ». Le premier critère résulte de la comparaison entre l'état actuel du patient et celui qui aurait été le sien en l'absence d'intervention ; le second critère, accessoire au premier, est celui de la fréquence statistique. Soit le risque est fréquent, et dans ce cas le dommage n'est pas anormal, soit le risque est peu fréquent et dans ce cas le dommage est anormal. Le Conseil d'État a eu l'occasion de réaffirmer ces critères dans plusieurs arrêts [16].

La Cour de cassation, rejoignant le Conseil d'État, a elle aussi précisé les conditions d'intervention de l'ONIAM. Elle l'a fait dans un arrêt du 15 juin 2016 [17], dans lequel elle s'est montrée restrictive quant aux conditions de prise en charge par la solidarité nationale. Le patient était atteint de troubles au niveau du bras gauche. Des lésions anatomiques au niveau des trois vertèbres avaient été diagnostiquées nécessitant une intervention chirurgicale. À la suite de cette intervention, le patient ne pouvait plus se servir de son bras gauche. Pour les juges du fond, qui ont été approuvés par la Cour de cassation, la paralysie du bras de la victime n'était pas anormale au regard de son état de santé et l'ONIAM n'avait pas à prendre en charge le dommage. Selon la Cour de cassation, « *la condition d'anormalité du dommage doit être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient a été exposé par sa pathologie de manière suffisamment probable en l'absence de traitement* ». La Cour de cassation poursuit : « *Dans le cas contraire, les conséquences de l'acte médical ne peuvent être considérées comme anormales sauf, si dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible* ». Elle en conclut que « *les conséquences de l'acte ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l'état de santé du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage* ». C'est donc de façon très restrictive que, tant le Conseil d'État que la Cour de cassation, ont défini cette notion de dommage anormal.

Dans ce cas précédemment cité, les experts ont conclu à l'existence d'une perte de chance liée à un retard de prise en charge chirurgicale dans le second établissement à hauteur de 70 % de l'indemnisation qui sera définie et à un aléa thérapeutique à hauteur de 30 %.

Les critères de l'ONIAM sont remplis pour déclencher la procédure d'indemnisation (directement imputable à un acte de soins, ayant entraîné des conséquences anormales et de caractère grave).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.



Points essentiels à retenir

- Toute prise en charge d'un patient lors d'une complication chirurgicale ou médicale engage la structure de soins ou le chirurgien qui la prend en charge.
- En cas d'expertise, le praticien est la personne qui peut le mieux justifier et défendre sa prise en charge thérapeutique. Sa présence en expertise est fortement recommandée, même si le régime de responsabilité ne le met pas en cause directement.
- Une bonne traçabilité permet une meilleure compréhension du dossier médical et facilite sa défense.
- La notion d'aléa thérapeutique correspond à une définition dont les contours ont été progressivement dessinés par la jurisprudence.
- La loi du 4 mars 2002 permet l'indemnisation des victimes de dommages à la suite d'un accident médical non fautif ou aléa thérapeutique.
- L'intervention de l'ONIAM est subordonnée à la réunion de certaines conditions
- L'aléa thérapeutique doit être directement imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins postérieur au 5 septembre 2001.
- Il doit présenter un degré de gravité suffisant pour justifier du bénéfice de la solidarité nationale.
- Il doit avoir entraîné pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci
- L'ONIAM indemnise au titre de la solidarité nationale.
- L'aléa peut participer de manière partielle au dommage et à son indemnisation.

RÉFÉRENCES

[1] Djadoun W, Bart S. Le rôle des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) en cas de dommage consécutif à un acte

de prévention, de diagnostic et de soins, ce qu'il faut connaître. Progrès FMC 2021;2(31):F47.

- [2] Bart S, Djadoun W. La torsion du testicule et la perte de chance, un cas d'école. Progrès FMC 2020;1(30):F24.
- [3] Faute, aléa thérapeutique, perte de chance : état des lieux 18 ans après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. AREDOC 2020.
- [4] CE, 9 avril 1993, n° 69336.
- [5] Cass. 1ère civ., 27 mars 2001, n(99-13.471, M. Vlado Smatt c/ Melle Soumilla Rahilou–Voir également : Cass. 1ère civ., 8 novembre 2000, n° 99-11.735.(arrêt de principe).
- [6] Rapport de Mr Pierre SARGOS–Rapport 2000.
- [7] Jourdain P. L'accident médical. RCA 2015;9.
- [8] Cass. 1^{ère} civ., 18 décembre 2014, n° 13-24.377.
- [9] Ainsi, un accident médical lié à un défaut de diagnostic préalable non fautif est indemnisable par l'ONIAM (Voir TA Amiens, 30 juin 2009, n.° 0600535, Cts Vautrin : *décès d'un patient des suites de complications survenues dans la phase postopératoire d'une intervention ayant permis de déceler une affection non détectée à l'origine*).
- [10] Cass. 1^{ère} civ., 5 février 2014, n° 12-29.140.
- [11] LFSS n(2014-1554 du 22 décembre 2014.
- [12] LFSS n(2014-1554 du 22 décembre 2014.
- [13] Cass., Civ 1^{ère}, 19 juin 2019 n° 18-20.883.
- [14] Extrait tiré du site de l'ONIAM. Seuil fixé par le décret n°2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique ; Voir également le décret n° 2011-76 du 19 janv.2011. JORF 2011.
- [15] CE 12 déc. 2014, n(355052, ONIAM ; CE 12 déc. 2014, n(365211, publié au recueil Lebon ; AJDA 2015. 769, note C. Lantero ; ibid. 2014. 2449 ; RDSS 2015. 179, obs. D. Cristol ; ibid. 279, concl. F. Lambolez ; JCP 2015, n(193, note M. Bacache ; RCA 2015. comm. 59 et étude 2, S. Hocquet-Berg. 6. « Accidents médicaux : conditions d'indemnisation par l'ONIAM », M. Bacache. JCP G 2015;7:312–5.
- [16] CE, 15 avril 2015, n(370309. 9. CE, 29 avril 2015, n(369473, Tonnelier. 10. CE, 22 mars 2017, n° 387218.
- [17] Civ. 1ère, 15 juin 2016, n(15-16.824, publié au bull. ; RCA 2016, comm. 278, note S. Hocquet-Berg.