

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—
**Tome XXVIII
publié le 1.12.2004**



*VINGT-HUITIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2004*

Rôles et fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation

F. PIERRE*
(Poitiers)

Devant l'ampleur de la tâche, et en espérant faciliter la compréhension de ce chapitre, l'auteur a choisi de l'écrire sous une forme usuelle en rédaction médicale, c'est-à-dire qu'après avoir fait un rappel et posé les objectifs, la méthodologie (de fonctionnement du système) sera exposée, puis ses résultats (qui ne sont que balbutiants et préliminaires), pour ouvrir enfin une discussion sur les difficultés ou incertitudes.

I. RAPPEL

La mise en place des Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) est l'aboutissement tant attendu d'un travail de longue haleine, qui a vu l'échec d'une succession de projets de loi sur l'aléa médical.

Ces commissions sont l'« interface visible » de tout un système complexe mis en place, entre autres, par la loi du 4 mars 2002 qui, au fil de son chapitre concernant les « risques sanitaires résultant du

* Service de Gynécologie-Obstétrique – CHU La Milétrie – Hôpital Jean Bernard
BP 577 – 86021 POITIERS CEDEX

PIERRE

fonctionnement du système de santé », apporte enfin, sous réserve de l'efficacité avérée de son fonctionnement, une réponse législative à la délicate question de l'aléa médical et de sa réparation, qui avait, au fil de ces dernières années, atteint une particulière acuité.

Pour comprendre l'origine de cette acutisation exponentielle, il faut tout d'abord rappeler que :

– Tout acte médical, qu'il soit à finalité diagnostique ou thérapeutique, n'échappe pas à l'imprévisible, à l'aléa ; et que, même réalisé de façon correcte et en accord avec les usages et recommandations, il peut échouer, blesser, voire même entraîner la mort. Ainsi, au cours de la prise en charge d'un patient, un événement dommageable peut survenir sans qu'une maladresse ou une faute quelconque puisse être imputée au praticien, et sans que ce dommage se relie à l'état initial du patient ou à son évolution prévisible. Cette définition implique que l'accident ait été imprévisible au moment de l'acte, ou qu'il ait été prévisible mais connu comme tout à fait exceptionnel, de sorte que le risque était justifié au regard du bénéfice attendu du traitement, ou plus généralement de la prise en charge ;

– La question de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, très largement débattue, a fait l'objet d'une vingtaine de propositions de loi déposées sans être discutées par le Parlement et de plusieurs projets de loi mis en chantier, sans voir le jour, par les différents gouvernements qui se sont succédé, et aucune n'a abouti, probablement du fait de l'absence d'accord sur une solution satisfaisante pour l'ensemble des partenaires concernés, mais aussi, depuis l'apparition des contaminations par le virus de l'hépatite C, de l'importance des sommes en jeu. Si l'on cite les étapes marquantes de ce long parcours, les premières propositions d'indemnisation automatique extra-judiciaire des accidents médicaux ont été faites par le professeur Tunc à la fin des années 60. Par la suite, le rapport Mac Aleese sur le traitement des conflits individuels entre médecins et patients, paru en juillet 1980, avait été à l'origine du décret du 15 mai 1981 instituant des conciliateurs médicaux, annulé par le Conseil d'État comme relevant du domaine législatif car impliquant des atteintes au secret médical. La nécessité d'une démarche législative émergeait. C'est en 1991 qu'un rapport établi par la chancellerie sur la responsabilité médicale et l'indemnisation du risque thérapeutique réactualisa la nécessité législative. L'article 14 de la loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux prévoyait la remise au Parlement, avant le 31 décembre 1998, d'un « *rapport sur le droit de la responsabilité et de l'indemnisation applicable à l'aléa thérapeutique* ». Ce rapport, établi conjointement par l'Inspection générale des services judiciaires et par l'Inspection des

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

affaires sociales en septembre 1999, et remis au Parlement le 17 novembre 1999, préconisait de garder la faute comme fondement de la responsabilité médicale et d'instituer un fonds national d'indemnisation des accidents thérapeutiques graves et non fautifs n'incluant toutefois pas les risques de contamination par les produits défectueux, notamment les contaminations par le virus de l'hépatite C. Des commissions régionales d'indemnisation permettraient dans tous les cas un accès facilité à une expertise précontentieuse collégiale et favoriseraient les règlements amiables. Le rapport propose enfin d'unifier sous la compétence judiciaire l'ensemble du contentieux lié à l'activité médicale... bref, les prémices du système qui se met en place. Après ce constat, la réponse législative tant attendue, à l'insatisfaction des usagers qui s'estiment mal indemnisés lorsque survient un accident médical, comme à celle des professionnels de santé qui craignent une dérive « à l'américaine », mettra alors encore quelques années pour voir le jour.

L'exacerbation de cette lacune devenait flagrante devant l'accumulation de solutions que nous appellerons « substitutives », telles que l'apparition de toute une jurisprudence « innovante » en termes de motif de condamnation et d'indemnisation depuis la fin des années 90, inquiétante pour l'équilibre, et surtout l'équité, du système de protection des patients autant que des médecins dans le domaine de la responsabilité médicale (responsabilité sans faute apparue en jurisprudence administrative ; faute « virtuelle » ; obligation de moyens « renforcée » ; explosion de la mise en responsabilité pour défaut d'information immédiatement évoqué dès que l'acte paraissait techniquement non fautif, allant jusqu'à l'indemnisation pour défaut d'information sur les complications exceptionnelles, voire jamais encore décrites comme on a pu le constater dans un arrêt !). Ainsi, pour ne citer que la pratique obstétricale, voyait-on des décisions caricaturales prises par des magistrats disposés à améliorer de manière significative le sort de la victime, quitte à adopter des constructions jurisprudentielles qui bousculaient les règles traditionnelles de la responsabilité (par exemple, certaines décisions dans le cadre de paralysies du plexus brachial découlant de dystocies des épaules ou d'atteintes motrices cérébrales « découlant » parfois d'un travail ou d'un accouchement dont la surveillance et/ou la prise en charge semblaient pourtant non fautives).

Cette situation aboutit à une mise en danger des assurances professionnelles, confrontées à l'impossibilité de mutualiser les risques de certaines spécialités dont les primes ne pourraient pas couvrir la prise en charge des conséquences des activités les plus à risque, et au mécontentement d'autres spécialités moins à risque de couvrir les spécialités les plus exposées en élargissant la mutualisation.

PIERRE

Enfin les projets de loi sur l'aléa médical et les nombreuses tentatives de prise en charge des conséquences pour le patient des accidents non fautifs, surtout lorsqu'ils sont graves, n'aboutissaient pas.

II. LES OBJECTIFS DU NOUVEAU DISPOSITIF

La mise en place de ce système de gestion non judiciaire des plaintes a plusieurs objectifs :

- Tendre vers une équité de fonctionnement, tant pour les patients que pour les professionnels de santé, puisque toute victime d'accident médical grave, qu'il soit fautif ou non, pourrait être indemnisée grâce à la création conjointe d'un fonds de solidarité national attendu de longue date et qui permettra l'indemnisation des dommages occasionnés aux patients qui ne découlent d'aucune faute (notion d'aléa thérapeutique, ou de soins au sens le plus large). Ainsi dans des domaines tels que l'infection nosocomiale aux conséquences graves, l'idée est de pouvoir aboutir à une indemnisation sans peser indûment sur les établissements de santé et en donnant aux victimes une certitude d'indemnisation dans des délais brefs ;

- Rendre plus accessibles les procédures d'indemnisation, puisque autant la mise en place du dispositif peut sembler à première vue complexe, autant le fonctionnement du dispositif repose sur des principes de simplification des démarches pour la victime : accès direct simplifié (numéro vert, site Internet) ; documents simplifiés... ;

- Homogénéiser les solutions apportées quel que soit le contexte de soins (public ou libéral) ; en effet, le nouveau dispositif n'évoque plus l'ancienne distinction entre responsabilité administrative et responsabilité civile, permettant une gestion commune des récriminations pour la plus grande harmonie des fonctionnements de soins qui sont de plus en plus multisites dans le cadre des réseaux entre autres ;

- Faire aboutir de façon efficace le principe de conciliation sans le dissocier de l'indemnisation en « externalisant » celle-ci des établissements qui n'avaient ni la structure, ni la neutralité supposées, ni la liberté de régler le double volet conciliation / indemnisation ; ceci tout en évitant autant que faire se peut « l'ambiance judiciaire ».

- Raccourcir les délais d'indemnisation qui, au fil des expertises, contre-expertises et multiples expertises, jugement de première instance, d'appel, voire avis de Cour Suprême, finissaient par voir la plupart des affaires s'écouler sur deux, trois, cinq, voire dix ans.

III. MÉTHODOLOGIE

III.1. Population concernée

Les parties concernées par cette procédure sont :

- Tous professionnels de santé, et pas uniquement les médecins ;
- Tous patients qui seraient victimes d'actes médicaux subis à partir du 5 septembre 2001 (article L. 1143-1).

III.2. « Indications »

Toute volonté d'indemnisation (ou de conciliation) d'un(e) patient(e) se considérant **avoir été victime d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, nécessairement grave, et souhaitant obtenir le règlement des dommages consécutifs à cet accident médical de façon contradictoire et non judiciaire.**

Que l'accident soit fautif ou non fautif, il se déroulera dans les limites suivantes :

- La mise en place d'un seuil pour l'accès à une indemnisation : soit un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) supérieur à 24 % ; soit une durée d'incapacité temporaire de travail supérieure à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période d'un an ; soit la personne est déclarée définitivement inapte à exercer son activité professionnelle ; soit l'accident occasionne des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence* ;

- La proposition de conciliation, pour laquelle il est prévu que « la commission peut déléguer tout ou partie de ses compétences à un (ou plusieurs) médiateur(s) indépendant(s) qui, dans la limite des compétences dévolues, dispose(nt) des mêmes prérogatives et est (sont) soumis aux mêmes obligations que les membres de la commission » (Art. L 1142-5 du code de la Santé publique).

Rappelons que cette procédure est non judiciaire, mais :

- Qu'elle ne concerne ni la responsabilité pénale, ni la responsabilité ordinale, qui restent du domaine du tribunal correctionnel pour la première, et des instances ordinales pour la seconde ;

* Sur ces « troubles particulièrement graves » il n'y a pas de règle et celle-ci est laissée à l'appréciation des CRCI / sur avis des experts.

PIERRE

– Qu'elle pourrait se substituer bien souvent aux plaintes en responsabilité civile pour l'activité libérale, ou administrative pour l'activité en secteur public, puisque son objectif est un règlement amiable qui devrait amener la diminution de la judiciarisation excessive tant décriée par toutes les parties en cause ;

– Qu'elle n'empêche ni l'action en justice (toujours possible jusqu'à l'acceptation de l'indemnisation par la victime qui, seule, éteint la possibilité de recours judiciaire ; et ce sans amputation du délai usuel de prescription pour un recours en justice), ni la possibilité de règlement amiable conduite par les assureurs.

III.3. Les outils

III.3.1. L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)

L'ONIAM est un établissement public à caractère administratif de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé (Art. L 1142-22 du code de la Santé publique).

L'ONIAM a une double mission :

– Permettre l'organisation effective du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux prévus par la loi ;

– Indemniser les victimes **d'aléa thérapeutique entrant dans le champ de la loi, mais aussi prendre en charge pour le compte de l'État les victimes de vaccinations obligatoires, de même qu'assumer le transfert des obligations de l'association France Hypophyse, nées de son rôle dans l'organisation et le traitement des patients par l'hormone de croissance extractive (loi sur la responsabilité civile médicale du 30 décembre 2002).**

L'ONIAM participe donc à la mise en place des CRCI et doit assurer en théorie la mise à disposition des personnels auprès de ces structures, ainsi que de leur gestion administrative. En effet, les CRCI n'ont pas de personnalité morale et ne disposent dès lors ni des moyens nécessaires à leur fonctionnement, ni des moyens de les gérer. Seul l'ONIAM, qui est un établissement public administratif de l'État, dispose de la capacité juridique nécessaire à cette gestion. Pour autant, les CRCI sont censées être indépendantes de l'ONIAM quant aux avis qu'elles sont amenées à donner, les membres des CRCI sont nommés par le Préfet de Région et la composition de celles-ci est conçue pour garantir leur indépendance. Le magistrat présidant une CRCI, bien que rémunéré par l'ONIAM, n'est pas soumis à l'autorité du Directeur de l'ONIAM (Art. L.1142-6 du code de la Santé publique).

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

Si l'ONIAM n'a pas d'autorité sur les CRCI, il garde également son libre arbitre par rapport aux avis émis par les CRCI. Il peut ainsi refuser de faire une offre à une victime s'il estime que l'avis est manifestement infondé ou encore s'il considère que la saisine de la Commission est irrégulière.

Le budget de l'ONIAM est financé par une dotation de l'Assurance maladie dont le montant est fixé chaque année au moment du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale (Art. L.1142-23 du code de la santé publique).

III.3.2. La Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAM)

À partir du moment où le système mis en place a pour but un règlement uniforme dont l'objectif est de permettre une réparation simple et équitable des préjudices résultant des risques sanitaires, il faut assurer une coordination des différents composants pour harmoniser les actions et les décisions, et c'est un des rôles de la CNAM.

La composition et les modalités de fonctionnement de la CNAM ont été définis par les articles R 1142-24 à R.1142-29 du code de la Santé publique. Cette instance, placée auprès des ministres chargés de la Justice et de la Santé, est composée de 25 membres titulaires (et 25 suppléants) dont des experts, des professionnels, et des représentants des usagers (Art. L 1142-10 du code de la Santé publique).

Parmi les nombreuses missions confiées à la CNAM figurent :

– L'expertise, qui est la mission clef, afin de définir les caractéristiques de l' « expert en accidents médicaux » (compétence, indépendance) et de l'expertise (qualité, rapidité). La CNAM doit émettre les recommandations pour la nomination et les missions confiées aux experts, les exigences en matière de formation en responsabilité médicale. Une liste nationale d' « experts en accidents médicaux » doit être élaborée, et un décret d'application précisant les procédures d'inscription et exigences devrait être paru lorsque le lecteur parcourra ces lignes ;

– L'harmonisation des décisions des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, en faisant une analyse régulière de leurs décisions, et des conditions de réalisation des expertises qui y ont abouti, afin d'approcher une certaine harmonisation des décisions pour des situations similaires et une gestion équitable des différents types de préjudices rencontrés ;

– **L'élaboration d'un rapport annuel qui évalue le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de réparation. Ainsi, si la mise en place et le fonctionnement des CRCI sont assurés par l'ONIAM, l'analyse du déroulement des procédures**

d'indemnisation et de conciliation menées par ces mêmes CRCI est effectuée par la CNAM.

III.3.3. Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)

Dans le cadre de la mise en place du dispositif de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, les CRCI ont été créées par un décret du 3 mai 2002 en application des articles L. 1142-6 et L. 1143-1 du code de la Santé publique.

Les deux missions des CRCI sont de :

- Favoriser la résolution des conflits par la conciliation, puisqu'elles peuvent organiser, directement ou en désignant un médiateur, des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé. Cette fonction se substitue aux commissions de conciliation initialement créées, qui siégeaient au sein des établissements de santé, ce qui doit représenter aux yeux des plaignants une meilleure garantie de neutralité ;

- Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur au seuil fixé par le décret du 4 avril 2003. Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.

Les particularités de leur **organisation** sont :

- D'être présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire. Ce magistrat peut être placé en position de détachement et être ainsi entièrement dédié au dispositif. Il peut présider plusieurs CRCI. Il est assisté de collaborateurs juristes et administratifs qui forment le secrétariat de la commission. Ce personnel est mis à la disposition de chaque CRCI par l'ONIAM puisque les CRCI n'ont pas de personnalité juridique ;

- D'avoir une cartographie régionale précise (Annexe n° 1). Les moyens permanents des CRCI de plusieurs régions, notamment les présidents et leur secrétariat, sont regroupés en quatre pôles inter-régionaux comme la loi le prévoit ;

- D'être composées chacune de 20 membres (outre le président), représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs, l'ONIAM, ainsi que de personnalités qualifiées ;

- De tenir leurs réunions généralement dans les locaux des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS).

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

Précisons que, même si ce sont les présidents et leurs collaborateurs qui se déplacent dans les régions afin de tenir les réunions, les dossiers doivent cependant être envoyés aux adresses des pôles inter-régionaux.

III.4. Le cadre juridique du dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux

Les articles de loi et textes fondateurs permettant la mise en place et le fonctionnement des « outils » décrits et définis ci-dessus (rappels des extraits de textes, lois de mars 2004 et autres concernant la mise en place du système) figurent à l'Annexe n° 2.

Les principes du dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux sont issus de deux lois :

- La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui a créé le dispositif ;
- La loi du 30 mars 2002, relative à la responsabilité civile médicale, qui a modifié la précédente, essentiellement les dispositions relatives à l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales.

Ces deux textes ont été en grande partie intégrés sous forme d'articles du code de la Santé publique. Les articles de référence sont les articles L.1142-1 à L.1443-1 du code de la Santé publique.

Ces lois fondatrices ont par ailleurs été complétées par plusieurs décrets d'application, également intégrés dans le code de la Santé publique, à savoir les articles R.1142-42 à R.1142-58 du code de la Santé publique qui organisent le fonctionnement de l'ONIAM, les articles R.1142-5 à 23 et R.1142-30 à R.1142-41 qui organisent le fonctionnement des CRCI, les articles R 1142-24 à R.1142-29 qui organisent le fonctionnement de la CNAM, et les articles D.1142-1 à D.1142-3 qui fixent le seuil d'accès au dispositif.

III.5. La méthode

Il s'agit du fonctionnement du dispositif après la mise en place de ces multiples structures en inter-relations.

Trois schémas récapitulatifs permettent de comprendre ce mode de fonctionnement et les différentes interrelations entre les organismes constituant le système (Annexe n° 3).

Les modalités de fonctionnement et d'interrelations entre ces différentes structures sont définies par des décrets et arrêtés d'application

PIERRE

dont certains sont encore en cours de rédaction à l'heure où ce chapitre est rédigé.

Si l'on ne cite que les principes généraux de fonctionnement du dispositif, il faut rappeler que :

- C'est un dispositif de règlement amiable et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales, selon une procédure non contentieuse et non obligatoire, reposant sur des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation ;

- À la réception de la demande d'un usager, le président d'une CRCI évalue si le dossier répond aux critères de demande d'indemnisation (atteinte du seuil de gravité). S'il ne peut pas en décider, il peut faire procéder à **une expertise préalable, réalisée uniquement sur dossier et sans convocation des parties pour renseigner la commission sur l'atteinte ou non du seuil de gravité en termes d'invalidité permanente partielle** ;

- L'accès à l'expertise sera gratuit dans le cadre de la procédure devant les commissions régionales ;

- Dans leurs avis, qu'elles doivent rendre dans un délai de six mois, les commissions régionales se prononcent sur l'étendue des dommages subis par la victime, et sur la responsabilité éventuelle d'un professionnel ou d'un établissement de santé. En cas de faute, il revient à l'assureur du professionnel ou de l'établissement de santé d'indemniser la victime. Dans le cas d'un aléa médical, la victime est indemnisée par l'ONIAM ;

- Des mécanismes de recours sont prévus avec pour objectifs, d'une part de permettre une indemnisation rapide de la victime, d'autre part de s'assurer de l'équilibre général du dispositif en permettant à l'ONIAM d'exercer le recours devant le juge de fond. Le dispositif proposé est en effet un dispositif de règlement amiable, l'offre proposée n'étant pas susceptible de recours en tant que telle. L'offre d'indemnisation (offre de l'ONIAM ou de l'assureur) peut, par contre, être refusée, avec recours des victimes s'exerçant devant le juge de fond. Il existe d'autre part la possibilité de recours de la victime : en cas de refus de l'assureur de faire une offre à la victime, celle-ci peut se retourner vers l'ONIAM qui lui fera une offre et exercera ensuite une action subrogatoire contre l'assureur. L'ONIAM peut, après avoir transigé avec une victime sur le fond, après avis d'une CRCI, exercer une action subrogatoire contre le responsable et son assureur s'il estime que la responsabilité du professionnel ou de l'établissement est engagée.

Au total, ce dispositif peut apparaître complexe dans son organisation et sa structuration mais ce qui est important c'est qu'il est relative-

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

ment simple pour la victime puisque la porte d'entrée est unique, que le dossier est de réalisation assez aisée, et que la victime n'aura pas la préoccupation des multiples obstacles qui allongent le délai puisque ceux-ci sont gérés directement par les acteurs du système et que ce délai garantit un règlement amiable en moins d'un an... bien sûr si celui-ci est accepté.

IV. RÉSULTATS

Ce chapitre ne peut pas être raisonnablement rédigé, les dernières CRCI mises en place ayant à peine 6 mois d'existence au moment de la rédaction de ce texte. C'est donc plus un rapport d'étape, ou une analyse intermédiaire qui, en règle générale, ne fait pas l'objet d'une publication. Ne seront donc rapportés que l'état d'avancement de la mise en place de l'ensemble du système, ainsi que quelques données chiffrées qui rendront compte du volume d'activité plus que du mode de fonctionnement.

IV.1. État de la mise en place des dispositifs

IV.1.1. Mise en place de l'ONIAM et des CRCI

L'ONIAM est la structure qui, au sein du système, a été le plus rapidement installée puisque, créée dès la fin 2002, elle a pu commencer à recruter le personnel des CRCI à partir 2003, voyant l'arrêté de nomination des présidents de CRCI prendre effet à partir du 11 février 2003, ce qui a permis aux CRCI de commencer leur activité de façon échelonnée dans le courant 2003.

L'ONIAM a pris une autonomisation d'existence dans ses locaux dès mars 2003 : **36, avenue du Général de Gaulle, Tour Galliéni II, 93175 BAGNOLET CEDEX ; Téléphone : 01 49 93 89 00 ; Fax : 01 49 93 89 46 ; Mél : secretariat@oniam.fr.**

IV.1.2. Mise en place de moyens de contact avec l'ONIAM et d'aide à la localisation des CRCI

Afin de faciliter l'information des victimes, un numéro vert (0800.779.887) a été mis en place dès le début et oriente maintenant les victimes vers les CRCI compétentes. Deux sites Internet ont été créés : l'un pour l'ONIAM (www.oniam.fr) ; l'autre pour les CRCI (www.commissions-crci.fr).

PIERRE

Ces deux sites qui sont reliés entre eux fonctionnent depuis l'été 2003.

IV.1.3. Mise en place effective des CRCI

Depuis l'arrêté de nomination des présidents de CRCI du 11 février 2003, l'activité des CRCI a pu commencer de façon échelonnée dans le courant 2003, sous forme d'une organisation en quatre pôles inter-régionaux comme la loi le prévoit :

- Pôle de Bagnolet pour les régions Bretagne, Basse-Normandie, Centre, Haute-Normandie, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, et Outre-mer (La Réunion, Guyane) (36 avenue du Général de Gaulle, 93175 Bagnolet Cedex - Tél. : 01 49 93 89 20) ;

- Pôle de Bordeaux pour les régions Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes (50 rue Nicot, 33000 Bordeaux - Tél. : 05 57 59 28 50) ;

- Pôle de Lyon pour les régions Auvergne, Bourgogne, Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes (119 avenue du Général de Saxe, 69003 Lyon - 04 72 84 04 50) ;

- Pôle de Nancy pour les régions Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine, Franche-Comté (Centre d'affaires Libération, 4 rue de la Foucotte, BP 40340, 54006 Nancy Cedex - 03 83 57 46 00).

Un report à la cartographie des régions et des inter-régions peut être consulté sur Internet (www.oniam.fr) (Annexe n° 1).

IV.1.4. Premier bilan annuel de la CNAM*

IV.2. Bilan de la première année de fonctionnement du dispositif

À l'heure où ce texte est adressé pour publication, le bilan disponible n'est encore que celui de l'année 2003. Il n'est de ce fait que partiel, puisque seules 14 des 22 CRCI fonctionnaient fin 2003.

Pour les demandes d'indemnisation, le nombre des dépôts de dossiers semblait exponentiel : 623 dossiers le 20 août, 902 dossiers le 30 septembre et 1907 dossiers le 31 décembre 2003, mais il faut rester prudent avant de conclure car il faut rappeler que les CRCI se sont progressivement mises en place à partir de mars 2003. Si l'on globalise, environ 300 dossiers arrivent chaque mois dans les commissions régionales. Sur les

* Non encore diffusé au moment où ce texte est rédigé, il sera abordé lors de l'intervention orale aux Journées du CNGOF.

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

dossiers reçus avant fin 2003, 70 % étaient en phase d'instruction et la moitié de ceux-ci avaient fait l'objet d'une expertise de fond. À peine 10 % des dossiers avaient fait l'objet d'une expertise préalable. Plus de 10 % des dossiers avaient abouti à un rejet du fait que les faits concernés étaient antérieurs au 4 septembre 2001. Seuls 87 avis avaient été rendus fin 2003, ce qui ne permet encore aucune analyse sérieuse du système*.

Les demandes de conciliation étaient, quant à elles, beaucoup plus rares (36 à la fin 2003).

V. DISCUSSION

Les questions abordées dans ce chapitre ont été volontairement limitées aux principales « inconnues », pour ne pas dire incertitudes, découlant en grande partie du caractère novateur de cet ambitieux « projet en émergence ». Elles ne doivent pas être interprétées sur le mode dubitatif, mais bien comme l'impérieuse nécessité de travailler pour améliorer les outils et modalités de fonctionnement en vue de la réussite d'un système de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, qui a au moins l'avantage d'avoir vu le jour.

V.1. Des conséquences possibles du seuil d'entrée nécessaire pour accéder à l'indemnisation

Le but de la mise en place d'un seuil d'accès au dispositif d'indemnisation traduit probablement la volonté d'une concentration des énergies, et le souci de mobiliser en priorité les ressources de la solidarité nationale pour des préjudices entraînant des troubles importants dans les conditions d'existence. Cependant, les conséquences d'une telle limitation sont difficiles à appréhender. N'y a-t-il pas un risque de voir se multiplier les actions en justice pour les préjudices se situant en dessous de ce seuil (décrié par certains comme trop élevé et limitatif), surtout quand la démarche de plainte aura été engagée par le biais d'une CRCI et aboutira à la « découverte » que l'importance du préjudice ne permet finalement pas d'accéder à une indemnisation ? Théoriquement non, si les CRCI sont sollicitées pour le versant conciliation, et qu'en fonction du caractère « fautif » ou

* Lors de l'intervention orale aux Journées du CNGOF, des données réactualisées, plus consistantes, seront présentées.

PIERRE

« non fautif » de l'accident médical (avéré, bien sûr), les différentes parties jouent le jeu, en acceptant le principe : soit de faire suivre l'avis d'une transaction non contentieuse le plus souvent possible, si le caractère fautif est retenu ; soit de ne pas opter pour une judiciarisation se basant de plus en plus sur des fautes « virtuelles » ou des obligations de moyens de plus en plus exigeantes lorsque qu'aucune faute n'est retenue.

Un élément de poids dans cette évolution sera sûrement l'expertise : la qualité de son déroulement, sur le plan technique, médical autant que du savoir-faire en responsabilité médicale ; mais aussi humain, s'efforçant d'analyser les points d'achoppement entre les parties, et de les éclairer de façon adaptée pour améliorer la compréhension des événements en cause et de leur déroulement.

V.2. De la nécessité d'un barème unique

Sans rentrer dans le détail des multiples régimes d'indemnisation existant en France à l'heure actuelle, l'évaluation d'un même préjudice corporel peut être variable d'une victime à l'autre selon les circonstances dans lesquelles est survenu le dommage (Graser 2004). Les principaux barèmes sont le barème des victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles (qui ne reflète plus le véritable préjudice économique et professionnel subi par les victimes), le barème de la fonction publique pour les accidents de service et maladies contractées en service, le barème des pensions d'invalidité et des victimes de la guerre (maintenant principalement utilisé pour les victimes d'attentats), le barème pour l'attribution des prestations aux personnes handicapées (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), et le barème dit du « Concours médical » (opposable dans la plupart des contrats d'assurance individuelle). C'est ce dernier qui a d'ailleurs été retenu, pour l'instant et dans l'attente d'une probable refonte en profondeur, pour l'évaluation des victimes d'accidents médicaux si l'on se réfère au décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 prévu à l'article L. 1142-1 du code de la Santé publique.

V.3. Des difficultés de fonctionnement des CRCI

La question de l'indépendance des CRCI par rapport à l'ONIAM, puisqu'elles sont matériellement dépendantes de celui-ci, fait l'objet d'interventions régulières. Ne pourrait-on pas craindre une difficulté de fonctionnement des personnels des CRCI si leurs avis sont trop souvent considérés comme de simples avis avec le risque de voir s'instaurer un système

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

démotivant, même si la possibilité de ne pas tenir compte d'un avis doit rester dans l'esprit du texte de loi exceptionnel, la mission de l'ONIAM n'étant pas de faire obstacle à une indemnisation rapide des victimes. Rappelons que l'ONIAM a pour mission d'indemniser, plus rapidement et de façon plus équitable, quel que soit l'environnement de dispensation des soins, les victimes d'aléa thérapeutique ou d'aléa de soins au sens le plus large, les victimes d'infections nosocomiales, les victimes de vaccination obligatoire (décret d'application en cours de préparation), de même que l'indemnisation des patients qui avaient été traités par l'hormone de croissance. Seul l'avenir le dira, puisque c'est l'analyse des bilans annuels prévus au sein du système qui permettra d'en juger.

V.4. Des incertitudes quant au rôle de conciliation des CRCI

Le nombre des demandes de conciliation n'était que de 36, ne représentant qu'une infime portion des près de 2000 dépôts de dossiers à la fin 2003. Quelques approches d'explications peuvent être évoquées : la conciliation aurait lieu entre le praticien (ou l'établissement) et la victime, or il n'y a pas de véritable conciliation possible sans la présence du financeur (qui, *in fine*, valide l'accord... !); bien que sans existence légale, et sans possibilité supplémentaire à la situation précédemment décrite (puisque une fois de plus en l'absence du financeur), nombre de commissions de conciliation des hôpitaux continueraient à fonctionner (!); enfin les médiateurs évoqués dans les textes (art. R 1142-23 du code de la Santé publique) seraient difficiles à recruter pour les CRCI. Si plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer la faible sollicitation des CRCI en vue d'une conciliation, il est difficile de prévoir quel sera l'avenir dans ce domaine mais, s'il doit se développer, il demandera sûrement un accroissement substantiel des moyens humains et financiers des CRCI. Pourra-t-il être assumé ?

V.5. Et bien d'autres domaines...

... Tels que : la nécessité d'une homogénéisation des définitions de l'« iatrogénie », de l'« aléa », d'un « accident médical » et de la « faute médicale », entre autres (faisant l'objet d'une difficile et très controversée réflexion); les limites de compétence des experts (dans leur spécialité déclarée, souvent bien trop vaste pour être un réel domaine de compétence complet, ou dans des sub-spécialités non reconnues spécifiquement par leur ordre professionnel); la nécessité d'un volume

PIERRE

d'activité professionnelle minimale pour un expert, bien difficile à définir selon le type d'acte et le contexte d'activité ; le niveau des exigences de formation initiale et continue pour les experts, ...

VI. CONCLUSION

Ces quelques pages ne peuvent apporter qu'une ouverture à la compréhension de ce nouveau système non contentieux de règlement des préjudices découlant des accidents médicaux, que l'on pourrait caractériser comme aussi simple dans son accès pour les plaignants qu'il est complexe dans sa tentative de montage équilibré. Son succès est un pari osé, qu'il faut réussir sous peine de donner raison à ceux, nombreux, qui pensent que la Société est entrée dans une relation où la judiciarisation est inéluctable. Ce qui est certain, c'est que depuis une décennie, il est peu de nos réunions professionnelles où nous n'entendions de vifs commentaires sur l'inadéquation entre l'analyse expertale des dossiers et la réalité des pratiques sous l'éclairage des connaissances actualisées, aboutissant à des conclusions considérées par nombre de praticiens comme décalées par rapport aux pratiques actualisées au moment des faits. L'obstétrique (avec la surveillance prénatale et le dépistage de l'hypoxie fœtale autour du travail et de l'accouchement), autant que la gynécologie (avec en particulier les techniques endoscopiques ou « micro-invasives ») font partie de ces domaines rapidement évolutifs pour lesquels ces récriminations étaient les plus fréquentes. Il est donc temps, pour ceux qui ont des compétences et une expertise dans les domaines de l'obstétrique ou de la médecine périnatale comme de la chirurgie gynécologique, de s'intéresser aux modalités de recrutement des « experts en accidents médicaux » (qui sera certainement officialisé par décret à l'heure où ce texte paraîtra). Cette démarche implique une réelle volonté d'engagement, passant par l'inscription à l'un des nombreux diplômes de réparation du dommage corporel qui sont organisés par la plupart des facultés de médecine françaises (ou tout diplôme ou moyen permettant l'apprentissage des bases ou un complément de formation), ce pour une meilleure compréhension des procédures judiciaires. Mais il faut être bien conscient que cet engagement nécessite motivation, dévouement et abnégation, pour une activité précieuse pour l'ensemble de la profession, mais qu'il serait préférable de limiter proportionnellement à leur activité quotidienne pourtant meilleure garante de leur savoir-faire, afin d'éviter de voir fleu-

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

rir des experts professionnels tant décriés. Bref, postuler à l'inscription sur cette liste d'expert est un investissement personnel à « faible retour ». Que les volontaires se déclarent !

Résumé

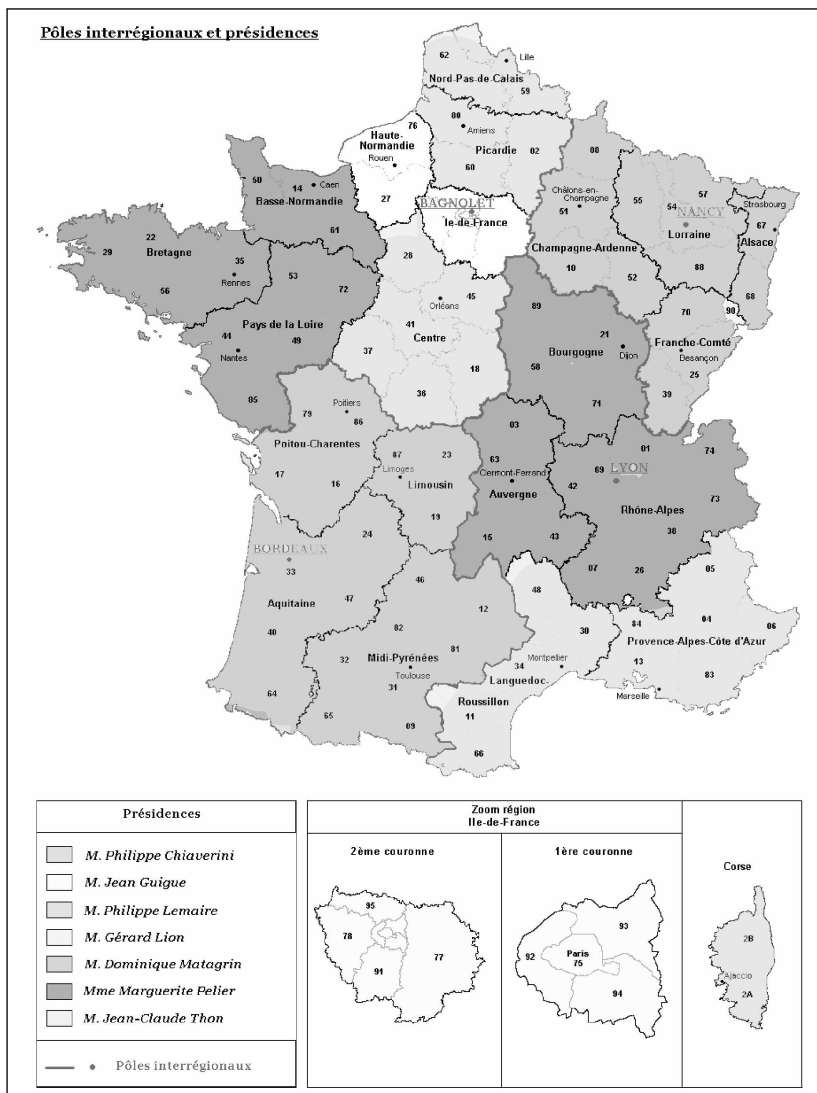
Devant des difficultés en nette expansion pour toutes les parties en présence dans la gestion des plaintes en responsabilité médicale (décisions jurisprudentielles divergentes selon que la pratique était publique ou libérale ; augmentation des indemnisations, obligation de moyens renforcée aboutissant parfois jusqu'à l'indemnisation de l'aléa par les professionnels, et donc « explosion » des tarifs d'assurance professionnelle ; mécontentement concernant les modalités ou les conclusions des expertises ; délai d'aboutissement des plaintes ; ...), un projet de prise en charge de l'aléa médical, qui n'en finissait pas de voir le jour, a vu les bases de son principe législatif posées au sein du vaste chapitre sur les « risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé » de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les multiples réflexions menées ont abouti à un système plein d'objectifs louables et optimistes qui devraient aboutir à un règlement uniforme des plaintes, en permettant une réparation simple et équitable des préjudices résultant des risques sanitaires, ouvrant par là-même la prise en charge des conséquences non fautives par le biais de la solidarité nationale. Cependant les mécanismes en sont complexes, et tout professionnel se doit de bien les connaître (ou tout au moins les appréhender), que ce soit dans le cadre d'une plainte d'un patient ou de la volonté de soumettre sa candidature pour postuler à la fonction d' « expert en accidents médicaux ».

Tout patient se considérant avoir été victime d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale graves, et souhaitant obtenir le règlement de façon contradictoire et non judiciaire par indemnisation (ou conciliation) des dommages consécutifs à des actes médicaux subis à partir du 5 septembre 2001, peut poser un dossier. Que l'accident soit fautif ou non fautif, l'accès à une indemnisation est limité par un seuil minimum, dont le critère principal est une incapacité permanente partielle de 24 %. Le système complexe élaboré a nécessité la mise en place d'outils régis par de nombreux textes législatifs, et dont les inter-relations devraient assurer un équilibre faisant l'objet d'un suivi permanent : les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, et la Commission Nationale des Accidents Médicaux, qui ont chacun des rôles bien définis, qu'il importe de bien comprendre. L'activité des premières commissions régionales a pu débuter au printemps 2003 et le premier bilan annuel a pu être analysé, même si l'ensemble des décrets d'application n'était pas encore disponible. Restent les nombreuses incertitudes émises sur l'efficacité d'un tel système, de même que sur certains points d'achoppement tels que la possibilité d'une démarche judiciaire conjointe, la nécessité d'un barème d'indemnisation unique... sur lesquelles l'avenir nous éclairera, à condition de « jouer le jeu ».

PIERRE

ANNEXE I

Cartographie des CRCI, de leur répartition en pôles interrégionaux, et de leurs présidences (source : ONIAM, 1^o semestre 2004)



COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

ANNEXE 2

Liste des principaux textes de référence (Loi, Décrets, Arrêtés et Circulaires) ayant participé à la mise en place du système

1. Loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires (J.O. du 30 juin 1970)
2. Décret n° 74-1184 du 31 décembre 1974 relative aux experts judiciaires (J.O. du 5 janvier 1975)
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. du 5 mars 2002)
4. Décret n° 2002-638 du 29 avril 2002 relatif à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, institué par l'article L. 1142-22 du code de la santé publique (J.O. n° 101 du 30 avril 2002, p. 7792)
5. Décret n° 2002-656 du 29 avril 2002 relatif à la Commission nationale des accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du Code de la santé publique (J.O. n° 102 du 2 mai 2002, p. 7938)
6. Décret n° 2002-886 du 3 mai 2002 relatif aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévues à l'article L. 1142-5 du code de la santé publique (J.O. n° 106 du 7 mai 2002, p. 9025)
7. Circulaire DSS/2 B/DGS n° 2002-516 du 8 octobre 2002 relative à la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Texte non paru au J.O.)
8. Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale (J.O. n° 304 du 31 décembre 2002)
9. Décret n° 2003-140 du 19 février 2003 modifiant le Code de la santé publique (J.O. n° 44 du 21 février 2003)
10. 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 (J.O. n° 81 du 5 avril 2003, p. 6114)
11. Arrêté du 25 avril 2003 relatif au règlement intérieur type de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (J.O. n° 215 du 17 septembre 2003, p. 15956)
12. Arrêté du 3 juin 2003 portant nomination à la Commission nationale des accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du Code de la santé publique (J.O. n° 143 du 22 juin 2003)
13. Décret n° 2003-1086 du 17 novembre 2003 relatif à la composition des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et modifiant le code de la santé publique (J.O. n° 267 du 19 novembre 2003, p. 19607)
14. Articles L 1142-1 à L 1142-28 et L 1143-1, D 1142-1 à D 1142-3, R 1142-4 à R 1142-58 du Code de la santé publique

PIERRE

ANNEXE 3

Trois schémas résumant le mode de fonctionnement du système et les inter-relations entre les différents organismes impliqués

Schéma 1 : Démarches de l'utilisateur du système de santé dans un but d'indemnisation ou conciliation (selon la loi du 4 mars 2002)

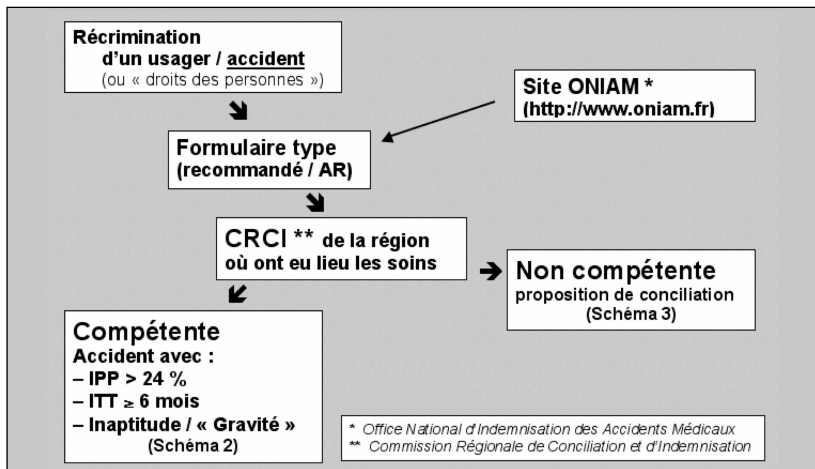
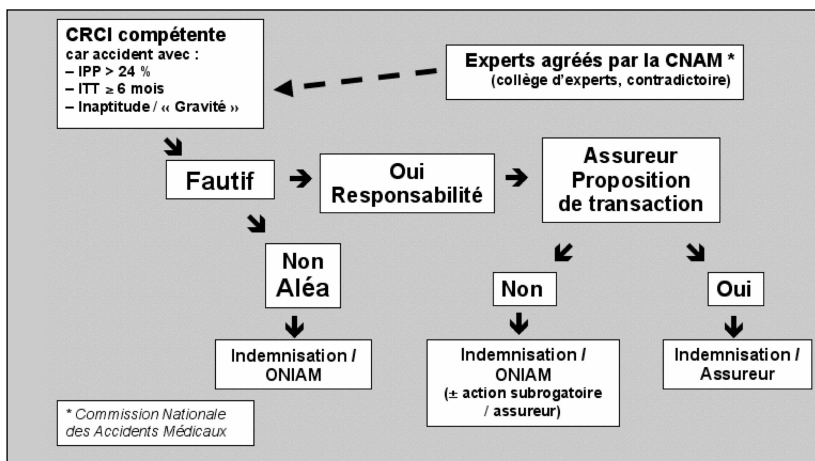
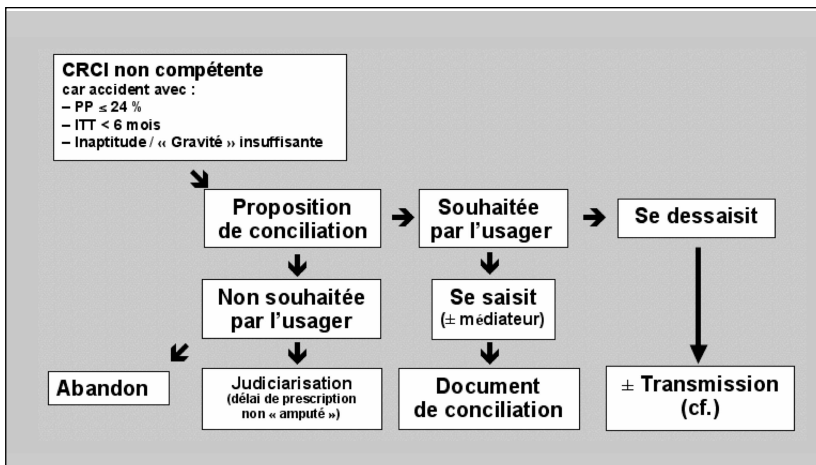


Schéma 2 : Démarches de l'utilisateur du système de santé dans un but d'indemnisation



COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION

Schéma 3 : Démarches de l'utilisateur du système de santé **dans un but de conciliation**

Bibliographie

1. Fauré G. La Loi du 4 mars 2002 : continuité ou nouveauté en droit médical. PUF éd. 2003.
2. Graser M, Manaouil C, Montpellier D, Loriau J, Jardé O. La normalisation des indemnisations en réparation du dommage corporel : barème, forfait ou indemnité en rapport avec le préjudice. J Med Lég Droit Méd 2004; 47: 64-8.
3. Legros B. État des lieux sur les différents régimes d'indemnisation des conséquences des accidents médicaux. Médecine et Droit 2004; 1-21.
4. Mémeteau G. Manuel des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Les Études Hospitalières éd. Bordeaux, 2004, 278 pages.

