

COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MEDICAUX

- **Rapport au Parlement
et au Gouvernement**

- *Année 2009-2010*

**COMMISSION NATIONALE
DES ACCIDENTS MÉDICAUX
(CNAMed)**

**RAPPORT ANNUEL AU PARLEMENT
ET AU GOUVERNEMENT**

ANNÉE 2009 - 2010

SOMMAIRE

- Encadrement législatif et réglementaire du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux	4
- Présentation de la Commission nationale des accidents médicaux	8
- <u>Première partie</u> : CRCI – Photographie de l’existant	13
- <u>Deuxième partie</u> : Les travaux de la CNAMed.....	43
- <u>Troisième partie</u> : Les propositions.....	51
- Le mot du Président	53
- Remerciements	54
<u>ANNEXES</u> :	55
- n° 1 : Formulaire-type du rapport annuel des CRCI	57
- n° 2 : Données quantitatives de chaque CRCI	63
- n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux	72
- n° 4 : Carte des régions	74
- n° 5 : Répartition des motifs des conclusions négatives sans expertise au fond selon les pôles	75
- n° 6 : Spécialités médicales des experts selon les CRCI	76
- n° 7 : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux ...	77
- n° 8 : Répartition selon les pôles des motifs de conclusion négative après expertise	78
- n° 9 : Critères de gravité retenus dans les avis positifs selon les pôles interrégionaux.....	79
- n° 10 : Analyse de la répartition régionale des demandes d’indemnisation amiable et des avis rendus	80
- n° 11 : Analyse de la répartition régionale des disciplines médicales sollicitées pour les expertises	87
- n° 12 : Suivi des dossiers de candidature à l’inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux.....	90
- n° 13 : Liste des domaines de compétence des experts en accidents médicaux.....	93

ENCADREMENT LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

DU DISPOSITIF DE RÈGLEMENT AMIABLE DES

ACCIDENTS MÉDICAUX

Les dispositions législatives et réglementaires présentées ci-dessous sont, pour la plupart, codifiées dans le code de la santé publique aux articles L.1142-1 à L.1143-1 et D.1142-1 à D.1142-70.

I. - Dispositions législatives

I.1 - La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé, dans le code de la santé publique, un dispositif qui répond au souci de permettre aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ou à leurs ayants droit d'obtenir, dans le cadre d'une procédure amiable, la réparation intégrale des dommages qui en ont résulté, lorsque ces dommages présentent un caractère de gravité apprécié notamment, depuis la modification introduite par la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures, au regard du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ou des conséquences sur la vie privée et professionnelle (arrêt temporaire des activités professionnelles ou déficit fonctionnel temporaire).

Des commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) déterminent, sur la base d'un rapport d'expertise, si la cause du dommage est imputable à un professionnel, un établissement, un producteur de produits de santé ou un promoteur de recherches biomédicales ou si tel n'est pas le cas.

Dans la première hypothèse, l'assureur du responsable indemnise la victime ; dans la seconde hypothèse, lorsque le dommage résulte d'un « aléa thérapeutique », l'indemnisation des préjudices qui en résultent est prise en charge, au titre de la solidarité nationale, par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Les CRCI sont également chargées d'assurer une mission de conciliation, dont elles peuvent déléguer la charge à des médiateurs extérieurs.

Dans le cadre de ce dispositif, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed), instance indépendante placée auprès des ministres chargés de la santé et de la justice, a pour missions d'élaborer la liste nationale des experts en accidents médicaux, de

contribuer à les former en matière de responsabilité médicale, de veiller à l'harmonisation du fonctionnement du dispositif et de préparer un rapport annuel permettant de l'évaluer.

I.2 - La loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale a, notamment, prévu (article L.1142-1-1) que les dommages les plus graves résultant d'infections nosocomiales sont indemnisés, quelle qu'en soit l'origine (responsabilité de l'établissement engagée ou aléa), par l'ONIAM, lequel dispose d'une action subrogatoire contre l'établissement dans le cas de faute établie de l'assuré à l'origine du dommage. Cette loi et la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ont, par ailleurs, également prévu la remise d'un rapport d'activité semestriel de l'ONIAM au Gouvernement, au Parlement et à la CNAMed (article L.1142-22-1).

I.3 - Par ailleurs, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte plusieurs articles qui aménagent les dispositions relatives aux experts en accidents médicaux. Cette loi, la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur et la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 confient, par ailleurs, de nouvelles compétences à l'ONIAM en matière d'indemnisation de dommages causés à des victimes par le système de santé (dommages liés à des vaccinations obligatoires, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, dommages liés à des mesures sanitaires prises par l'État).

I.4 - Enfin, la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a confié à l'ONIAM la prise en charge de l'indemnisation d'une victime d'un accident à l'occasion d'un acte lié à la naissance au-delà du montant pris en charge par l'assureur, dans le cadre d'une instance juridictionnelle contre un gynécologue-obstétricien, un chirurgien ou un anesthésiste-réanimateur, en prévoyant une action récursoire de l'ONIAM dans certaines limites.

II. - Dispositions réglementaires

II.1 - Mise en place du dispositif

Trois décrets ont précisé la composition et le fonctionnement des différentes instances du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux :

- 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 ;
- décret n° 2002-656 du 29 avril 2002 relatif à la Commission nationale des accidents médicaux ;

- 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.

Le décret n° 2004-775 du 29 juillet 2004 relatif à la réparation des conséquences des risques sanitaires a ensuite modifié et complété les dispositions de ces trois décrets, afin notamment de prendre en compte les modifications introduites par la loi précitée du 30 décembre 2002 (prise en charge au titre de la solidarité nationale des dommages liés à des infections nosocomiales particulièrement graves, possibilité de créer des commissions interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) et de faciliter l'exécution des missions de la Commission nationale des accidents médicaux (envoi systématique des rapports des commissions régionales à la commission nationale, remboursement des frais de déplacement et, dans certains cas, indemnisation des membres).

Certaines des dispositions du décret n° 2005-1768 du 30 décembre 2005, relatif aux nouvelles missions confiées à l'ONIAM par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ont complété le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux : d'une part, le déport de l'instruction d'un dossier vers une autre commission régionale, lorsque le président de la première se trouverait en conflit d'intérêts et en l'absence de vice-président et, d'autre part, l'indemnisation des rapporteurs de la CNAMed.

Enfin, ce décret et le décret n° 2010-251 du 11 mars 2010 relatif à l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus d'immunodéficience humaine ou par le virus de l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang ainsi qu'à l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de vaccinations obligatoires ont organisé la procédure de règlement amiable de ces dommages, en prévoyant le recours aux experts de la liste nationale établie par la CNAMed.

II.2 - Inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux

II.2.1 - Décret n° 2004-1405 du 23 décembre 2004 relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux prévue à l'article L.1142-10 du code de la santé publique

La CNAMed a notamment pour mission d'élaborer une liste nationale des experts en accidents médicaux, auxquels ont recours les CRCI pour apprécier le caractère de gravité du dommage subi par la victime et, le cas échéant, établir son imputabilité ainsi que la nature et l'importance des préjudices indemnifiables.

Pour demander à être inscrits sur la liste, les experts doivent figurer sur l'une des listes d'experts judiciaires prévues par la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires (article L.1142-11 du code de la santé publique) ; les mesures transitoires qui

permettaient aux experts de se prévaloir d'une qualification particulière en matière d'accidents médicaux (article 105 de la loi précitée du 4 mars 2002 modifiée par la loi du 9 août 2004) pour faire acte de candidature sans être préalablement experts judiciaires (mais ne pouvaient s'y maintenir que si, dans les quatre années de leur inscription, ils l'étaient devenus) se sont achevées le 24 décembre 2008.

Le décret du 23 décembre 2004 a eu pour objet essentiel de définir les modalités de la qualification des experts, leur permettant d'être inscrits sur la liste nationale.

Les candidats sont inscrits sur la liste des experts en accidents médicaux, pour une période de cinq ans, à raison d'un ou plusieurs domaines de compétence, en prenant en compte l'exercice de leur activité professionnelle, leur formation en responsabilité médicale et leur participation à un nombre minimal d'expertises.

Des rapporteurs, choisis au sein ou à l'extérieur de la CNAMed par son président, vérifient les connaissances et les pratiques professionnelles et expertales du demandeur, d'après le dossier qu'il a fourni (en particulier, en examinant des rapports d'expertises déjà réalisées en matière d'accidents médicaux) et, le cas échéant, au cours d'un entretien avec lui.

Lors d'une demande de renouvellement d'inscription sur la liste, les rapporteurs vérifieront également l'actualisation des connaissances du candidat, notamment en matière de responsabilité médicale, l'acquisition éventuelle de compétences dans le domaine de la réparation du dommage corporel et les conditions dans lesquelles l'expert a réalisé les missions qui lui ont été confiées au cours de la période écoulée depuis sa précédente inscription.

Enfin, plusieurs dispositions de ce texte ont pour objectif d'assurer l'impartialité des experts et de prévenir les conflits d'intérêts.

II.2.2 - Arrêté du 23 décembre 2004 relatif au dossier de candidature prévu à l'article R.1142-30-1 du code de la santé publique pour l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux

Cet arrêté établit la liste des pièces à fournir par les candidats qui sollicitent leur inscription ou son renouvellement sur la liste nationale des experts en accidents médicaux.

PRÉSENTATION DE LA COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MÉDICAUX

I - Composition et moyens

I.1 - Composition

I.1.1 - Textes

- Les ministres chargés de la santé et de la justice nomment le président et les membres de la CNAMed. Le président est un magistrat de l'ordre judiciaire ou un conseiller d'État, en activité ou honoraire. La CNAMed comprend 25 membres titulaires (et 25 membres suppléants nommés dans les mêmes conditions) : 5 professionnels de santé experts judiciaires, 4 représentants des usagers et 16 personnalités qualifiées, dont 8 choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du droit de la réparation des accidents médicaux, de la responsabilité médicale ou dans la formation en matière d'expertise, et 8 choisies en raison de leurs compétences scientifiques. Les mêmes ministres nomment un commissaire du Gouvernement et un commissaire du Gouvernement adjoint. Le secrétariat est assuré par la direction générale de la santé au ministère chargé de la santé (article R.1421-1 du code de la santé publique).

- Le président et les membres de cette commission ont été initialement nommés pour une période de cinq ans renouvelable par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la justice en date du 3 juin 2003, publié au Journal Officiel du 22 juin 2003. Plusieurs arrêtés ont ensuite procédé à la nomination de membres en remplacement de ceux qui ont cessé leurs fonctions (arrêté du 19 juillet 2004, publié au Journal Officiel du 4 août 2004, arrêté du 5 août 2005, publié au Journal Officiel du 18 août 2005, arrêté du 25 août 2006, publié au Journal Officiel du 5 septembre 2006, arrêté du 25 octobre 2006, publié au Journal Officiel du 8 novembre 2006 et arrêté du 29 août 2007 publié au Journal Officiel du 31 août 2007).

Le mandat de l'ensemble des membres de la commission a ensuite été prorogé pour une durée d'une année par arrêté du 3 juin 2008, publié au Journal Officiel du 12 septembre 2008. Enfin, la commission a fait l'objet d'un renouvellement complet par arrêté du 8 février 2010 (publié au Journal Officiel du 17 février 2010).

I.1.2 - Composition actuelle**Présidence : M. Dominique LATOURNERIE, conseiller d'État honoraire****Commissaire du Gouvernement : M. Jacques BRUNEAU, avocat général près la Cour d'appel de Paris****Experts judiciaires professionnels de santé :****1°) Experts professionnels de santé exerçant à titre libéral :****- Titulaires :**

- Dr Pierre-François CAMBON, chirurgien-dentiste libéral
- Dr Jacques VASSEUR, médecin libéral
- Dr François CAZENAVE, médecin libéral

- Suppléants :

- Dr Marc SABEK, chirurgien-dentiste libéral
- Dr Jacques LANGE, chirurgien libéral
- Dr François-Marie SANTINI, médecin libéral

2°) Experts professionnels de santé praticiens des établissements publics de santé :**- Titulaires :**

- Dr Pierre KIEGEL, chef de service des urgences
- Pr Denis VINCENT, chef de service de médecine interne

- Suppléants :

- Dr Jean-Marc JARRY, chef de service de chirurgie digestive
- Pr Luc BARRET, chef de service de médecine légale

Représentants des usagers :**- Titulaires :**

- Mme Linda AOUAR, de l'Association des paralysés de France (APF)
- Mme Mariannick LAMBERT, du Mouvement familles rurales
- M. Marc MOREL, directeur du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)
- Mme Éliane PUECH, de la Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux (AVIAM)

- Suppléants :

- M. Henri BARBIER, de la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR)
- Mme Lorraine BRIÈRE DE L'ISLE, de l'association Le Lien
- Mme Claude RAMBAUD, de l'association Le Lien
- Mme Marie-Solange JULIA, de la Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux (AVIAM)

Personnalités qualifiées :

1°) Choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du droit de la réparation des accidents médicaux ou de la responsabilité médicale ou dans la formation en matière d'expertise :

- Titulaires :

- Dr Stanislas de GAIL, représentant le Conseil national de l'ordre des médecins
- Pr Mireille BACACHE-GIBEILI, professeur de droit
- Pr Sophie GROMB, chef de service de médecine légale
- Pr Denis SAFRAN, chef de service d'anesthésie-réanimation
- Pr Gérard MÉMETEAU, professeur de droit
- M. Jean-Pierre DINTILHAC, président de chambre honoraire à la Cour de cassation
- Dr Hélène BÉJUI-HUGUES, déléguée générale de l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC)

- Suppléants :

- Dr Jacques MORNAT, représentant le Conseil national de l'ordre des médecins
- Pr Joël MORET-BAILLY, professeur de droit
- Dr Jean-Sébastien RAUL, enseignant de médecine légale
- Dr Patrice BODENAN, anesthésiste-réanimateur
- Pr Stéphanie PORCHY-SIMON, professeur de droit
- M. Jean MAZARS, conseiller doyen à la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation
- Pr Michel-Louis RIVOIRE, coordonnateur de département de chirurgie

2°) Choisies en raison de leurs compétences scientifiques :

- Titulaires :

- Pr Daniel ROUGÉ, chef de service de médecine légale
- Pr Fabrice PIERRE, gynécologue-obstétricien hospitalier
- Dr Patrick PÉTON, praticien hospitalier de médecine légale
- Pr André LIENHART, chef de département d'anesthésiologie, vice-président
- Pr Philippe PARQUET, psychiatre hospitalier
- Dr Bertrand GACHOT, président d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- Dr Philippe HUBINOIS, chirurgien viscéral
- Pr Christine GRAPIN-DAGORNO, chirurgien hospitalier

- Suppléants :

- Pr Jacques LAGARRIGUE, chef de service de neurochirurgie
- Pr Bernard CHICHE, chirurgien viscéral
- Dr Cyril SCHWEITZER, pédiatre hospitalier
- Pr Jean-Louis POURRIAT, chef de service des urgences
- Dr Françoise TISSOT-GUERRAZ, infectiologue
- Dr Nadine ATOUI, praticien hospitalier en infectiologie
- Pr Gilles CHAINE, chef de service d'ophtalmologie
- Dr Joseph HAJJAR, responsable de service d'hygiène et d'épidémiologie

I.2 - Moyens

Le secrétariat est assuré par un fonctionnaire de catégorie A et un fonctionnaire de catégorie B, particulièrement consacré à la gestion de la liste nationale des experts en accidents médicaux, avec le soutien d'un agent de catégorie C, tous membres du Secrétariat général (Division Droits, éthique et appui juridique) de la direction générale de la santé.

II - Missions et fonctionnement

II.1 - Élaboration de la liste nationale des experts en accidents médicaux

La loi précitée du 4 mars 2002 a réformé l'expertise médicale par la création d'une expertise spécifique en matière d'accidents médicaux et par l'instauration d'une liste nationale sur laquelle l'inscription des experts doit être prononcée après vérification préalable de la qualification des candidats à cette inscription.

En conséquence, la CNAMed est chargée d'établir cette liste nationale, c'est-à-dire de prononcer l'inscription initiale et le renouvellement des experts et, s'il y a lieu, de procéder à leur radiation, à leur demande, ou en cas de manquement caractérisé à leurs obligations, de faits contraires à l'honneur ou à la probité, ou lorsqu'ils ne sont plus en mesure d'exercer normalement leurs activités ou lorsqu'ils sont radiés de la liste des experts judiciaires, notamment du fait de la limite d'âge (70 ans).

Les premières inscriptions sur la liste nationale des experts en accidents médicaux sont intervenues en mai 2005 et quatre listes récapitulatives annuelles ont été publiées au Journal Officiel des 25 mars 2006, 16 mai 2007, 22 août 2008 et 11 juillet 2009.

II.2 - Rapport annuel

La CNAMed est chargée d'évaluer l'ensemble du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, dans le cadre d'un rapport remis chaque année au Parlement et au Gouvernement.

À cette fin, la commission nationale examine le fonctionnement des commissions régionales, compare les modalités d'accès à ces commissions, analyse les avis rendus, apprécie le déroulement des procédures et évalue les conditions de réalisation des expertises diligentées par les commissions.

Pour l'élaboration du présent rapport, la CNAMed a, à l'instar des années précédentes, demandé à chaque commission régionale de lui faire parvenir un rapport normalisé relatif à son fonctionnement, à son activité ainsi qu'aux expertises qu'elle diligente.

II.3 - Autres attributions et fonctionnement

Pour chaque réunion, le président établit un ordre du jour avec le secrétariat, lequel élabore le compte rendu des débats en liaison avec le président.

Par ailleurs, en application de l'article L.1142-10 du code de la santé publique, la CNAMed élabore des recommandations à l'attention des commissions régionales, visant à une application homogène de la procédure de règlement amiable par ces commissions : ainsi, une mission-type, accompagnée d'un livret de l'expert, a-t-elle été adressée aux commissions régionales au début de 2006 et a été réactualisée le 20 mai 2008, des modèles d'avis-types ont été recommandés aux commissions le 18 février 2009, un formulaire d'évaluation des expertises a été adressé aux commissions le 29 novembre 2010.

La commission reçoit régulièrement les présidents des commissions régionales ainsi que le président et le directeur de l'ONIAM, en vue de trouver, tant avec les présidents qu'avec cet établissement public, des solutions aux difficultés d'interprétation des textes ou d'application du dispositif. Des réunions régulières entre des représentants de la CNAMed, les juristes des CRCI et les services de l'ONIAM ont permis d'améliorer grandement le logiciel de suivi des avis des CRCI et la qualité de ces avis eux-mêmes.

II.4 - Formation des experts en responsabilité médicale

L'article L.1142-10 du code de la santé publique prévoit que la CNAMed contribue à la formation des experts en responsabilité médicale. Au cours de ses réunions mensuelles, elle a élaboré un programme de formation dans les différentes branches de ce domaine et elle coordonne la réalisation de cette formation dans le cadre d'un marché public passé par l'État avec un prestataire de services en 2007.

PREMIÈRE PARTIE :

CRCI : PHOTOGRAPHIE DE L'EXISTANT

Pour établir le rapport annuel au Gouvernement et au Parlement, prévu par l'article L.1142-10 du code de la santé publique (CSP), la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) a, comme pour ses précédents rapports, utilisé les données issues des rapports que les présidents des commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) doivent lui adresser chaque année conformément à l'article R.1142-11 CSP. Pour faciliter le recueil et le traitement informatique de ces informations, un formulaire-type (**annexe n° 1**) a été utilisé, ainsi qu'un tableau numérisé correspondant à celui de l'**annexe n° 2**. Sauf mention particulière, le sens des termes utilisés est celui indiqué dans ces documents (*cf. annexes n° 1 et 2*).

Cette partie rend compte des principales données quantitatives tirées des rapports adressés à la CNAMed par les CRCI, dont une partie importante provient désormais du recueil automatisé qui a fait l'objet, pendant plusieurs années, d'un travail commun de la CNAMed avec les CRCI et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Les données présentées sont assorties de quelques commentaires et suivies d'une brève conclusion sur les informations les plus saillantes qu'il est possible de mettre en évidence. Dans la mesure où plusieurs commissions régionales ayant le même président ont été regroupées au sein de pôles interrégionaux et ont des fonctionnements similaires, la plupart des données du présent rapport sont fournies par pôles interrégionaux, dans le double but de clarifier l'exposé et de faciliter la mise en évidence d'éventuelles différences. Le détail des données correspondant à chaque commission est fourni dans l'**annexe n° 2** et celui des pôles interrégionaux dans l'**annexe n° 3**.

Les pôles interrégionaux sont ainsi désignés : Bagnole (Île-de-France), Bagnole-Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie, Pays-de-la-Loire, La Réunion), Bagnole-Nord (Centre, Nord - Pas-de-Calais, Picardie), Bordeaux (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes), Lyon (Auvergne, Bourgogne, Rhône-Alpes), Lyon-Sud (Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur), Nancy (Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Guadeloupe-Martinique, Guyane). Cette répartition ayant été légèrement modifiée durant l'année 2006-2007, les données antérieures ont été regroupées selon l'organisation actuelle, de façon à faciliter les comparaisons. La répartition de la population entre les pôles interrégionaux métropolitains et la carte de ces pôles sont fournies dans l'**annexe n° 4**.

I.1 - Fonctionnement des CRCI : nombre de réunions et assiduité des membres

Toutes les commissions sont installées depuis plus de six ans pour le territoire métropolitain, plus de cinq ans pour les régions d'outre-mer. Pour permettre la comparaison avec les années précédentes, les données de ce rapport portent essentiellement sur les commissions du territoire métropolitain ; cependant, la totalité des données est consignée dans les **annexes n° 2 et n° 3**.

Le nombre annuel moyen de réunions est de 9, avec des extrêmes allant de 2 (Corse) à 31 (Île-de-France). En moyenne, 13 membres sur les 20 ont été présents et l'assiduité a donc été respectée. Les variations interrégionales sont peu importantes (de 16 pour celle des Pays de la Loire à 10 pour celle du Nord – Pas-de-Calais), à l'exception de la Corse (8). Les CRCI de Guyane et de la Réunion se sont réunies une fois, celle de Guadeloupe-Martinique deux fois. Au total, 4212 dossiers ont été traités pour le territoire métropolitain, en tenant compte du fait qu'un même dossier a pu être examiné à plusieurs reprises en commission (éventuelle analyse de recevabilité, éventuelle demande de complément d'information, conclusion).

I.2 - Activité des CRCI

I.2.1 - Nombre de dossiers reçus

Il a été entendu qu'« un dossier » correspondait à une demande émanant d'une victime directe, et ce, quels qu'aient été le nombre de passages de ce dossier devant la commission et le nombre des victimes par ricochet ou celui des ayants droit.

Les CRCI ont une double compétence : elles peuvent être saisies, 1° *des « litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales »* et 2° *« des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé »* (art L.1142-5 CSP).

Il apparaît que, comme les années précédentes, cette seconde possibilité n'est pratiquement pas utilisée : aucune demande n'a été enregistrée dans ce domaine sur la période considérée, comme l'an dernier, et il n'y en avait eu qu'une l'année précédente (difficulté d'obtention d'un dossier).

Les CRCI comportent deux formations : une *formation de règlement amiable* pour les litiges relatifs aux accidents médicaux, une *formation de conciliation* pour les autres litiges. Cette dernière peut être saisie, soit de première intention, soit après que la formation de règlement amiable eut déclaré irrecevable la demande, sous la forme d'une « *déclaration d'incompétence* » (article R.1142-15, al.1 CSP) lorsque les dommages imputés à un accident médical ne présentaient pas le caractère de gravité prévu par la loi.

Au total, pour le territoire métropolitain, 3706 demandes de règlement amiable en vue d'indemnisation et 82 demandes initiales de conciliation ont été reçues.

Il se confirme, d'années en années, qu'en pratique les demandeurs saisissent les CRCI :

- exclusivement en vue de l'indemnisation d'un accident médical dont ils estiment être victimes, une demande sur dix mille ayant été adressée au titre des « *autres litiges* » ;
- sous la forme d'une demande initiale qui est presque toujours celle d'un « *règlement amiable* », celle de « *conciliation* » représentant moins de 1 % des demandes initiales d'indemnisation depuis que ces données sont relevées avec précision.

La figure 1 représente la répartition des demandes d'indemnisation entre les pôles interrégionaux. Cette répartition apparaît globalement équilibrée, à l'exception du pôle de Bagnolet (20 % de l'ensemble, pour une moyenne de 14 % par pôle). Cette disproportion est encore plus nette lorsqu'on considère, non plus les pôles interrégionaux, mais les CRCI : celle d'Île-de-France a reçu 742 demandes d'indemnisation, contre une moyenne (\pm écart-type) de 141 ± 100 pour les autres CRCI (cf. **annexes n° 2 et n° 3**), soit environ cinq fois plus.

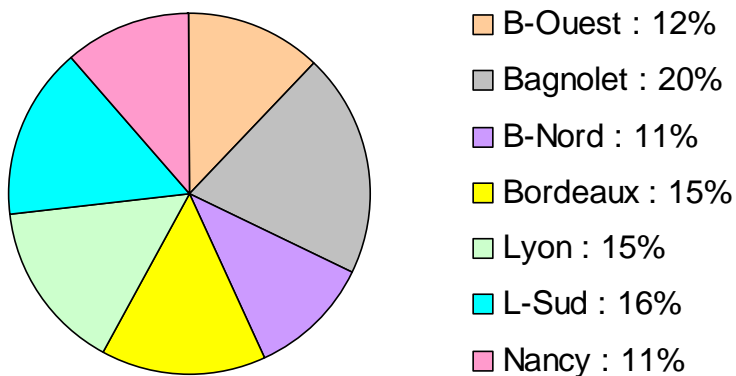


Figure 1. Répartition entre les pôles interrégionaux des demandes d'indemnisation (n=3706)

La figure 2 montre la relation étroite qui existe entre le nombre de demandes reçues et le nombre d'habitants dans une région. Le taux de demandes enregistrées par million d'habitants est au contraire assez homogène, comme les années précédentes, et atteint en moyenne cette année près de 60 par million d'habitants (figure 3). L'an dernier, 3404 demandes d'indemnisation avaient été reçues, contre respectivement 3534 en 2008, 2988 en 2007, 2661 en 2006, 3041 en 2005 et 3241 en 2004 : contrairement à l'an dernier, où une légère baisse avait été constatée, la lente progression observée les années précédentes se poursuit, avec une augmentation moyenne de près de 8 % par an sur les cinq dernières années.

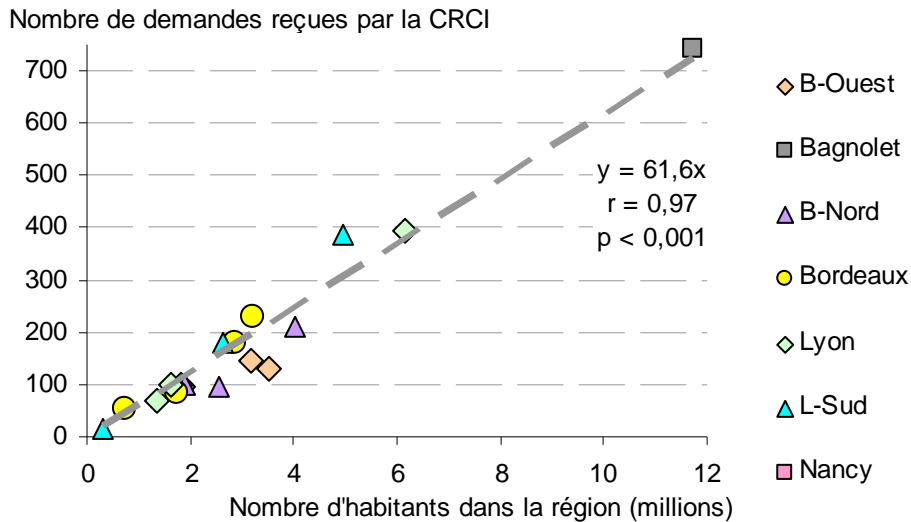


Figure 2. Nombre de demandes reçues par les CRCI selon la population des régions

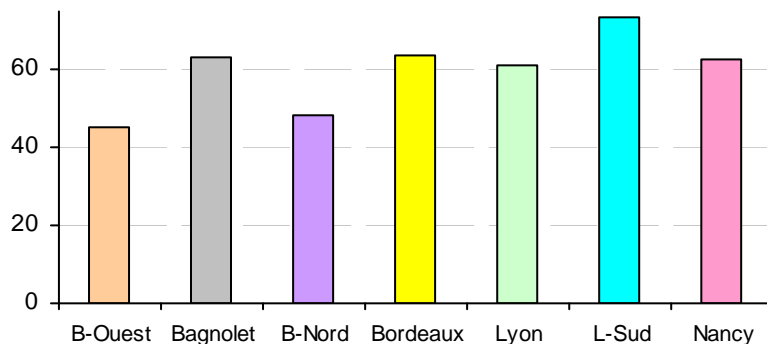


Figure 3. Taux de demandes d'indemnisation par million d'habitants (données Insee 2010)

I.2.2 - Traitement des dossiers

Avant d'aborder le détail de celui-ci, il est utile de préciser la terminologie adoptée depuis plusieurs années. Dans ses premiers rapports, la CNAMed avait constaté l'existence de « divergences d'interprétation des différents actes de procédure produits par les CRCI » (*cf.* rapport 2004-2005 § II.1, p 24) : les catégories d'actes tels que « avis », « rejets », « demandes recevables », « demandes irrecevables », etc. ne qualifiaient pas les mêmes situations dans toutes les CRCI. Le travail d'harmonisation, réalisé par la CNAMed avec les CRCI et l'ONIAM, et présenté dans son rapport 2006-2007 (§ I.3.4, p 45-52), a conduit à utiliser la terminologie la plus neutre possible. Ainsi les termes d'avis, de rejet, d'irrecevabilité, d'incompétence, etc., sont-ils généralement abandonnés, au profit de celui de « conclusion », en qualifiant celle-ci de « positive » ou de « négative » à l'égard de la demande, et en précisant, dans ce dernier cas, si elle est survenue sans qu'il y ait eu recours à une expertise ou après celle-ci.

La première étape est constituée par l'instruction préalable du dossier. En effet, la majorité des dossiers envoyés à la commission sont incomplets ; il manque souvent des pièces

indispensables, concernant notamment le dossier médical, qu'en outre certaines victimes peinent à obtenir. Or, la commission a besoin de disposer des éléments permettant d'apprécier la recevabilité initiale de la demande, préalable qui conditionne le passage à l'étape suivante.

Le délai moyen entre la date du premier enregistrement et celle de la constitution d'un dossier complet a été d'environ cinq semaines, pratiquement inchangé par rapport à l'an dernier, avec toujours d'importantes différences entre les pôles (de l'ordre de trois semaines pour celui de Lyon à plus de dix pour celui de Bagnolet-Ouest). Au-delà d'un certain délai et après plusieurs courriers de rappel, par lettres simples puis recommandées, le dossier finit pas faire l'objet d'une conclusion négative sans expertise, s'il n'est pas complet.

Une fois le dossier considéré comme complet par la commission, **la seconde étape consiste en un examen de sa recevabilité initiale** à partir des pièces justificatives, celles-ci pouvant être préalablement soumises « *pour observation* » à un expert (article R.1142-14 CSP). En effet, la loi (art. L.1142-8, al. 1 CSP) prévoit que la CRCI ne rend un avis que « *lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L.1142-1...* » (ce dernier ayant été explicité par l'article D.1142-1 CSP). S'il apparaît que le caractère de gravité n'est pas atteint, la demande fait l'objet d'une conclusion négative (en l'occurrence une irrecevabilité sous la forme d'une « *déclaration d'incompétence* ») ; dans le cas contraire, la commission désigne des experts (article L.1142-9 CSP), le recours à l'expertise étant obligatoire pour pouvoir rendre un avis. Le choix des experts est effectué par le président, soit d'emblée par délégation – généralement sur la suggestion d'une juriste ou, dans certains pôles, sur celle d'un médecin rémunéré à cette fin –, soit après avoir recouru aux compétences présentes au sein de la commission. À cette étape, il existe donc deux possibilités : soit conclusion négative sans expertise au fond, soit désignation d'expert.

Les résultats de cette première étape sont connus pour 4271 **demandes d'indemnisation** : **984 conclusions négatives sans expertise au fond** (23 %) et **3287 désignations d'experts** sur le fondement de l'article L.1142-9 CSP, communément appelées expertises « au fond » (77 %). Ce nombre de 4271 est supérieur à celui des demandes d'indemnisation reçues (3706). L'absence de concordance s'explique par le mode de recueil des données, qui se fait sur une période fixe : certains dossiers traités durant la période couverte par le présent rapport avaient été reçus durant la période précédente, cependant que certains dossiers reçus durant la période couverte par le présent rapport n'ont pas encore été traités. Seul le suivi longitudinal des dossiers reçus pendant une période donnée permettra de disposer d'indications fiables sur le devenir des demandes, ce qui sera possible après quelques années de recueil valide des données avec l'outil informatique commun à l'ONIAM et aux CRCI. Le nombre de dossiers traités à cette étape est en tout cas en augmentation (9 %) par rapport à l'an dernier, où 2944 désignations d'experts et 1213 conclusions négatives étaient dénombrées, soit respectivement une augmentation de 19 % et une baisse de 12 %.

Sur les 4271 dossiers traités cette année, **moins de 1 %** (soit 30 dossiers) **ont été soumis aux observations préalables d'un expert** (article R.1142-14 CSP), avec d'importantes variations d'un pôle interrégional à l'autre, celui de Bagnolet-Nord représentant

plus des trois quarts de ces dossiers. À ce stade, plusieurs pôles ont en revanche régulièrement recours à un médecin vacataire expérimenté, conformément à la proposition d'harmonisation faite par la CNAMed (cf. rapport 2006-2007, § II.2 p 61 et § III.3 p 88).

La figure 4 représente la répartition entre pôles interrégionaux des conclusions négatives sans expertise au fond (art. L.1142-9 CSP) et la figure 5 celle des décisions de désignation d'experts. Les répartitions sont relativement proches de celle des demandes (cf. figure 1). La figure 6 représente le pourcentage de dossiers traités à cette étape par chaque pôle interrégional et la figure 7 celui de dossiers ayant fait l'objet d'une conclusion négative à cette étape, qui varie de 16 % (Bagnolet-Ouest) à 28 % (Bordeaux).

Le délai entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la CRCI a rendu la conclusion négative sans expertise a été de 2,5 mois, légèrement augmenté par rapport à l'an dernier (2,4 mois), mais inférieur à celui des deux années précédentes (2,8 et 2,7 mois).

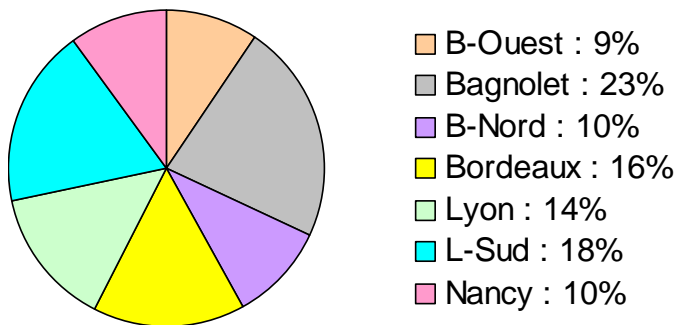


Figure 4. Répartition entre les pôles interrégionaux des conclusions négatives sans expertise au fond ($n = 984$)

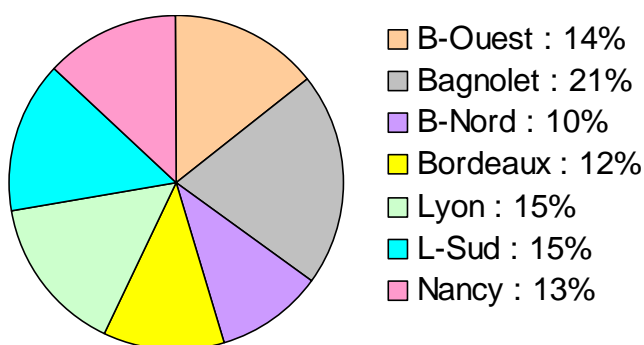


Figure 5. Répartition entre les pôles interrégionaux des désignations d'experts (art. L.1142-9 CSP) ($n = 3287$)

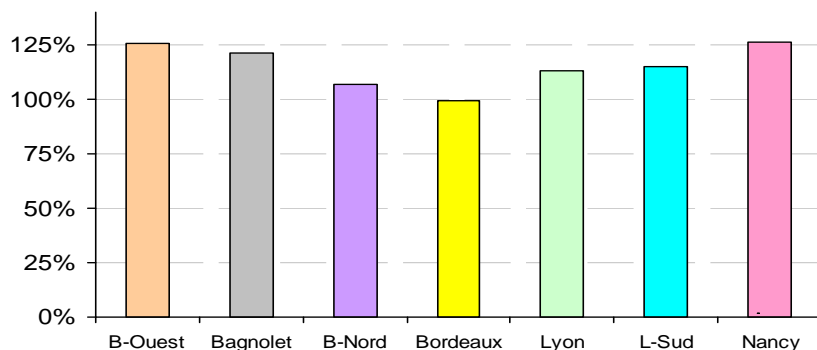


Figure 6. Pourcentage de dossiers traités selon les pôles interrégionaux (nombre de conclusions négatives sans expertise au fond et de désignations d'experts durant l'année considérée / nombre de demandes d'indemnisation reçues durant la même période)

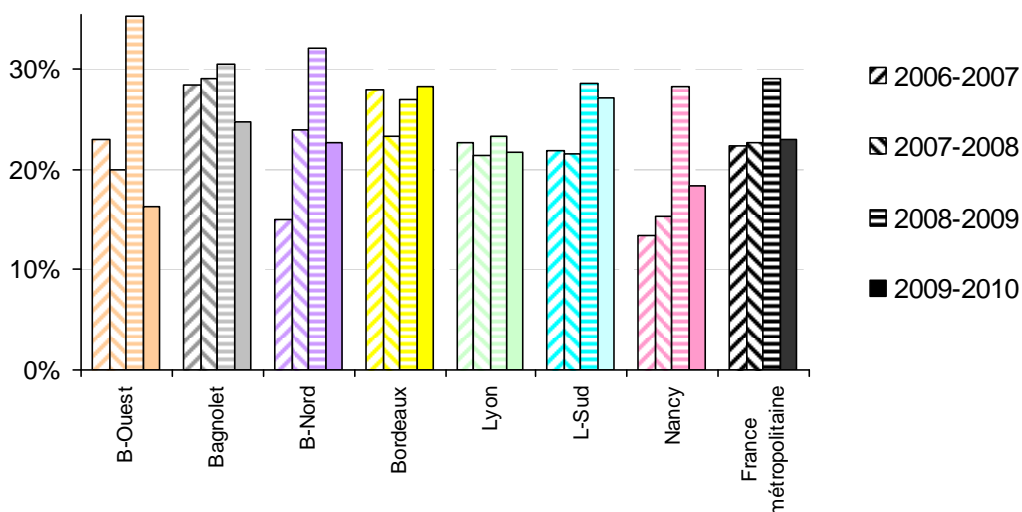


Figure 7. Pourcentage de dossiers dont la conclusion est négative sans expertise selon les pôles (nombre de conclusions négatives sans expertise au fond / nombre de dossiers traités à cette étape) (les données des trois années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.3 - Motif des conclusions négatives sans expertise au fond

Les motifs des **conclusions négatives sans expertise au fond** sont représentés dans la figure 8. Un constat d'abandon ou de désistement est intervenu dans 10 % des cas. Une irrecevabilité est intervenue dans 11 % des cas : essentiellement par défaut de production de pièces indispensables (10 %), accessoirement du fait de l'absence d'acte de prévention, de diagnostic ou de soins ou d'un défaut de qualité à agir. Dans 72 % des cas, la commission a estimé la demande irrecevable et s'est considérée, par voie de conséquence, incompétente : parce que le seuil de gravité requis n'était manifestement pas atteint dans 65 % des cas, ce qui est le principal motif de conclusion négative à ce stade ; en raison d'une date des faits générateurs antérieure au 5 septembre 2001 dans 7 % des cas. Dans 7 % des cas, c'est l'absence évidente de lien de causalité entre l'acte en cause et le dommage qui motivait la conclusion négative. La répartition de ces motifs en fonction des pôles interrégionaux est

fournie dans l'**annexe n° 5** qui, comme les années précédentes, révèle une absence d'homogénéité.

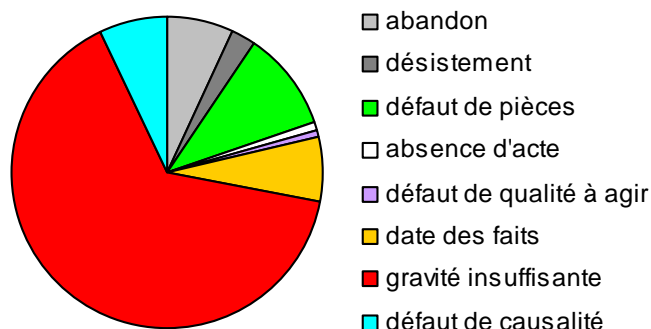


Figure 8. Motifs de conclusion négative sans expertise au fond

I.2.4 - Les expertises demandées sur le fondement de l'article L.1142-9 CSP

Celles-ci ont pour but de permettre à la CRCI d'émettre un avis. Elles ont été au nombre de **3287** ; leur répartition entre pôles interrégionaux, représentée dans la figure 5, a déjà été commentée.

I.2.4.1 - La collégialité

La loi (article L.1142-12 CSP) fait de la désignation d'un collège d'experts la règle de principe, l'expert unique étant l'exception. Mais la pratique s'en éloigne puisque, dans les faits, en moyenne seules **45 % des expertises sont collégiales**. Ce chiffre tend à progresser, cette proportion étant de 41 %, l'an dernier, contre 43 %, 39 % et 27 % les années précédentes. La figure 9 représente les valeurs observées dans chaque pôle interrégional : on relève que les différences importantes entre pôles, déjà observées dans les rapports précédents de la CNAMed, se maintiennent, mais avec une tendance à l'amélioration au niveau du pôle de Lyon pour lequel les chiffres étaient les plus bas.

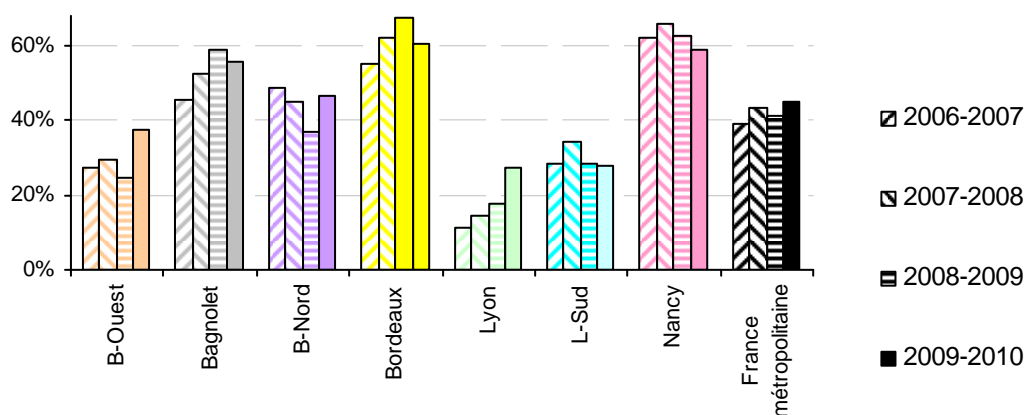


Figure 9. Pourcentage d'expertises collégiales selon les pôles interrégionaux (les données des trois années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.4.2 – L’inscription sur les listes

La loi (article L.1142-12 CSP) fait également de l’inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux la règle de désignation des experts. Toutefois, la CNAMed ayant été instaurée un an après les CRCI, le décret relatif à l’inscription sur la liste des experts en accidents médicaux ayant été publié plus d’un an plus tard et les inscriptions requérant du temps, des experts non inscrits sur cette liste ont été désignés, notamment ceux figurant sur une des listes instituées par l’article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires. La proportion d’experts sollicités hors liste des experts judiciaires ou liste nationale des experts en accidents médicaux est en moyenne de 8 %, en nette amélioration par rapport à l’an dernier où elle était de 13 %, et l’année précédente, où elle avait atteint 18 %. Les variations d’un pôle interrégional à l’autre restent importantes (figure 10) : de 3 % (Bagnolet) à 17 % (Lyon-Sud, où cette proportion atteignait 40 % l’an dernier et dépassait 50 % l’année précédente).

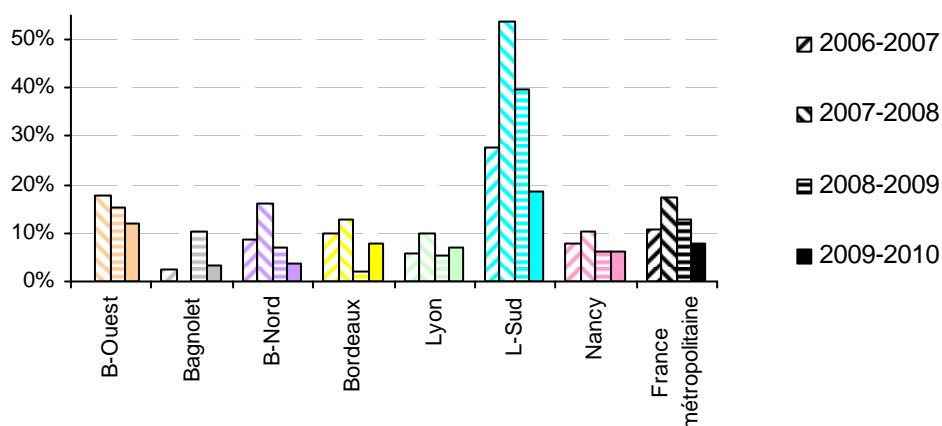


Figure 10. Pourcentage d’experts hors liste selon les pôles interrégionaux (les données des deux années précédentes sont représentées hachurées)

Par ailleurs, comme les années précédentes, le recours à un sapiteur a été exceptionnel (99 cas, soit 3 %) ; c’est au niveau du pôle de Lyon-Sud qu’il a été le moins rare (5,8 %).

I.2.4.3 - L’éloignement

La loi n’impose pas que l’expert choisi exerce dans un autre lieu que celui où les faits reprochés se sont produits. Mais, dès l’origine, les présidents des CRCI ont eu le souci de désigner des experts éloignés géographiquement de ce lieu, car ils y voient un gage d’indépendance. Cette pratique continue d’être observée ; ainsi le pourcentage d’experts exerçant dans un autre département que celui du lieu des faits reprochés a été en moyenne de 94 %, sans grandes disparités interrégionales, l’Île-de-France approchant 80 % comme les trois années précédentes, contre 10% en 2005-2006.

I.2.4.4 - Les disciplines

En dehors de domaines couverts par un ou deux experts seulement (infirmière, masseur-kinésithérapeute, ingénieur biomédical), la plupart des experts sont médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien : leur discipline a été communiquée pour près de 99 % d'entre eux (soit 4774). La figure 11 représente la répartition des disciplines médicales les plus sollicitées, qui regroupent 89 % des experts désignés.

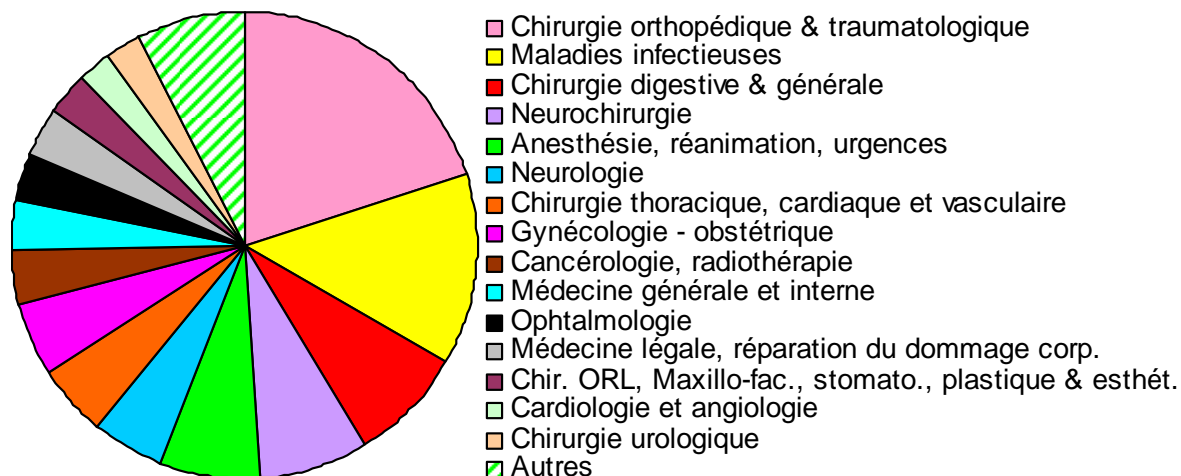


Figure 11. Principales disciplines des experts sollicités ($n = 4774$)

Ces données chiffrées sont les seules qui permettent de se faire une idée du champ médical dans lequel les accidents sont survenus et pour lesquels les personnes qui s'estiment victimes saisissent les CRCI. Globalement, 60 % des experts relèvent de disciplines chirurgicales, associées à la gynécologie-obstétrique et à l'anesthésie-réanimation ; cette proportion était identique l'an dernier, 58 %, 60 % et 61 % les trois années précédentes. La discipline chirurgicale la plus sollicitée est la chirurgie orthopédique et traumatologique, la discipline médicale la plus sollicitée concerne les maladies infectieuses.

L'**annexe n° 6** fournit le détail des disciplines médicales sollicitées par les commissions régionales et l'**annexe n° 7** schématise leur répartition par pôles interrégionaux. Celle-ci apparaît assez homogène, à l'exception des spécialistes de réparation du dommage corporel qui représentent 13 % des experts du pôle de Bordeaux (en baisse par rapport à l'an dernier, où ce chiffre était de 15 % et, surtout, aux années précédentes où il avait dépassé 25 %), pour une moyenne de moins de 2 % dans les autres pôles.

I.2.4.5 - Les délais

Le délai imparti à l'expert pour rendre son rapport a été constamment de trois mois s'il était unique, parfois de quatre mois dans le cas de recours à un collègue d'experts. Le délai moyen de retour de l'expertise a été de 4,8 mois, peu différent de celui des deux précédentes années. Le recours à un complément d'expertise ou à une nouvelle expertise a été rare (268 cas, soit une proportion de 8 %, du même ordre de grandeur que les années précédentes).

I.2.5 - Les conclusions après expertise au fond

Les commissions siégeant en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales n'ont le pouvoir d'émettre un avis (article L.1142-8 CSP) que lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L.1142-1 CSP et précisé par décret (article D.1142-1 CSP). Seule l'indemnisation des dommages survenus dans le cadre de la recherche biomédicale (article L.1142-3, al.2 CSP) n'est pas subordonnée au caractère de gravité prévu par ces dispositions, ce qui n'a concerné qu'un seul dossier. À cette rare exception près, seules sont donc susceptibles d'être qualifiées d'avis, les solutions adoptées par les commissions lorsque les dommages présentent le caractère de gravité prévu par la loi.

Lorsqu'un avis est rendu, il porte sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que, le cas échéant, sur le régime d'indemnisation applicable. Il peut proposer une indemnisation ou, au contraire, considérer qu'il n'y a pas lieu de le faire, par exemple parce que les dommages, s'ils présentent bien le caractère de gravité prévu par la loi, ne sont pas imputables à un accident médical mais sont une conséquence prévisible de l'acte ou une complication de la maladie.

Lorsqu'un avis ne peut être rendu, faute pour les dommages subis par la victime de présenter le caractère de gravité prévu par la loi, le rejet de la demande pris sur ce fondement est, aux termes de l'article R.1142-15, al. 1 CSP, qualifié de « *déclaration d'incompétence* », et non d'*avis*. Toutefois, le risque d'une confusion entre ces deux qualifications étant avéré, il a été convenu, après concertation entre la CNAMed, les représentants des CRCI et le service informatique de l'ONIAM, que seul le terme de « conclusion » serait utilisé.

Les hypothèses où les CRCI ont estimé qu'il n'y avait **pas lieu de proposer une indemnisation** (« conclusions négatives après expertise au fond ») représentent **54 % des cas** (soit 1402 dossiers) et celles estimant qu'il y avait **lieu de proposer une indemnisation** (« conclusions positives après expertise au fond » ou avis positifs) s'élèvent à **46 % des cas** (soit 1215 dossiers).

Au total, les CRCI se sont prononcées après expertise dans 2617 dossiers. La différence entre ce nombre et celui de 3287 expertises demandées vient de la saisie des données sur une période donnée. Les années précédentes, les CRCI s'étaient prononcées après expertise dans 2522 dossiers en 2009, 2550 dossiers en 2008, dans 2040 dossiers en 2007, 1996 dossiers en 2006 : une augmentation est donc observée, en moyenne de l'ordre de 6 % par an sur cinq ans, cependant que la proportion de « conclusions positives après expertise au fond » continue d'osciller autour de 50 %.

I.2.5.1 - Les conclusions négatives après expertise au fond

Les motifs des conclusions négatives à ce stade sont représentés dans la figure 12 : les principaux relèvent de trois catégories : l'absence de lien de causalité (**46 %**), de gravité suffisante des dommages au regard de l'exigence légale (**33 %**), l'absence de faute ou d'aléa

(17 %). Leur répartition dans chaque pôle interrégional figure dans l'**annexe n° 8**, qui révèle un certain manque d'homogénéité.

La **figure 13** représente la proportion de conclusions négatives dans l'ensemble des conclusions rendues après expertise au fond selon le pôle interrégional. À l'inverse de celle précédemment mentionnée, cette répartition est relativement homogène.

Le délai entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la commission a rendu ce type de conclusion a été en moyenne de 11,1 mois, avec des extrêmes allant de moins de 7 (Bourgogne) à plus de 14 mois (Midi-Pyrénées), en légère augmentation par rapport à l'an dernier, où il était de 10,5 mois.

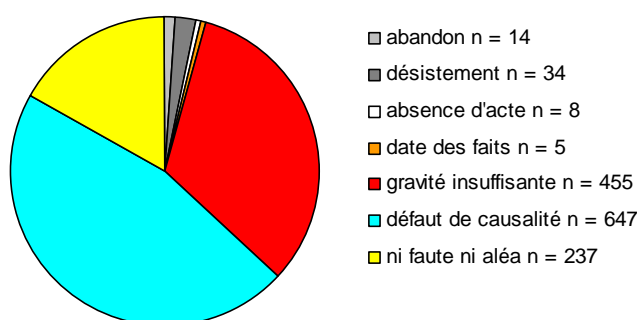


Figure 12. Motifs de conclusion négative après expertise au fond

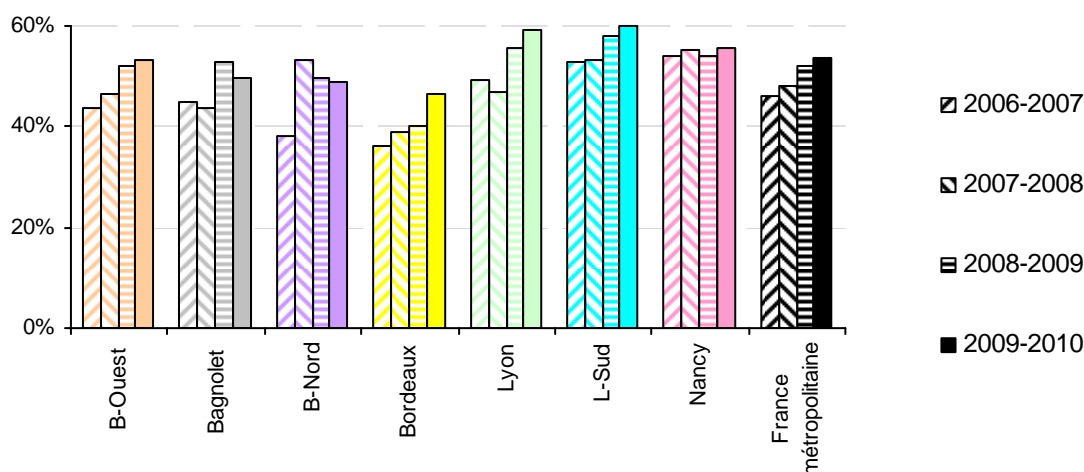


Figure 13. Proportion d'issues négatives dans les conclusions après expertise au fond selon les pôles interrégionaux (les données des trois années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.5.2 - Les conclusions positives après expertise au fond

La répartition des critères de gravité retenus pour admettre la recevabilité de la demande est représentée dans la **figure 14** : décès (20 %), taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 24 % (22 %), durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT) de plus de six mois (37 %), troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence (19 %), inaptitude à exercer l'activité professionnelle (1 %). La répartition des critères de gravité retenus dans chaque pôle interrégional figure dans l'**annexe n° 9**, qui met en évidence une grande homogénéité.

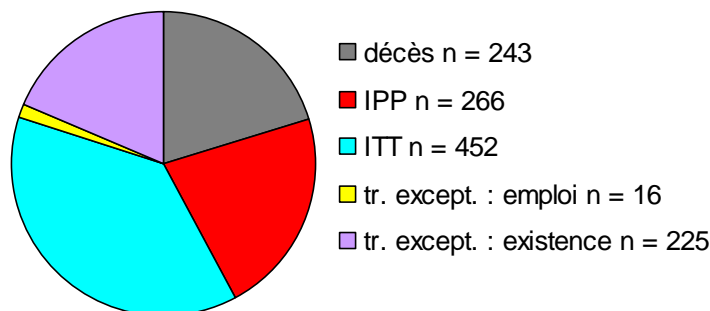


Figure 14. Critères de gravité pris en compte dans les conclusions positives après expertise au fond

Dans 72 % des cas, l'indemnisation proposée a été totale ; en cas d'indemnisation partielle, celle-ci a été motivée par l'état antérieur dans 13 % des cas, une perte de chance dans 12 %, les deux dans 3 % des cas.

Le délai de six mois, entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la commission a rendu l'avis, n'a globalement pas été respecté. Il est en moyenne de 10,8 mois, avec des extrêmes allant de moins de 7 (Bagnolet-Nord) à plus de 15 mois (Bagnolet-Ouest), auquel il convient d'ajouter le délai entre la date de la réunion et celle de l'envoi de l'avis, qui peut atteindre deux semaines. Ce délai a légèrement augmenté par rapport à l'an dernier, où il était de 10,3 mois, retrouvant la valeur des années précédentes, où il était de 10,7 en 2008, 10,7 en 2007 et 10,8 en 2006.

I.2.6 - Les propositions d'indemnisation

Le nombre des avis estimant qu'il y avait lieu de proposer une indemnisation a été de **1215** : 22 % au titre d'une infection nosocomiale (comme l'an dernier, contre 24 % les deux années précédentes, 25 % en 2007 et 31 % les années précédentes), confirmant la tendance régulière à la baisse, et 78 % hors infections nosocomiales. La figure 15 représente la répartition des avis estimant que le dommage engage la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé (assureurs : article L.1142-14 CSP) et de ceux estimant que le dommage est indemnisable au titre de la solidarité nationale (ONIAM : article L.1142-1, II CSP). Le régime était unique dans 96 % des cas, prévoyait un partage entre responsabilité et solidarité dans 4 % des cas. Les données par pôle interrégional sont représentées dans la figure 16 et le tableau qui l'accompagne : ils n'objectivent pas de défaut marquant d'homogénéité (la différence entre les totaux provient de quelques données manquantes et de régimes complexes de partage).

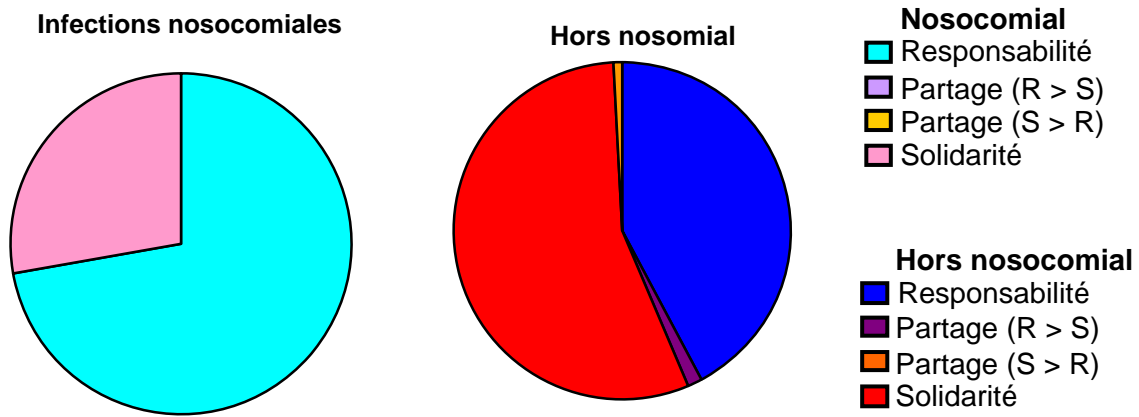


Figure 15. Répartition des propositions d'indemnisation

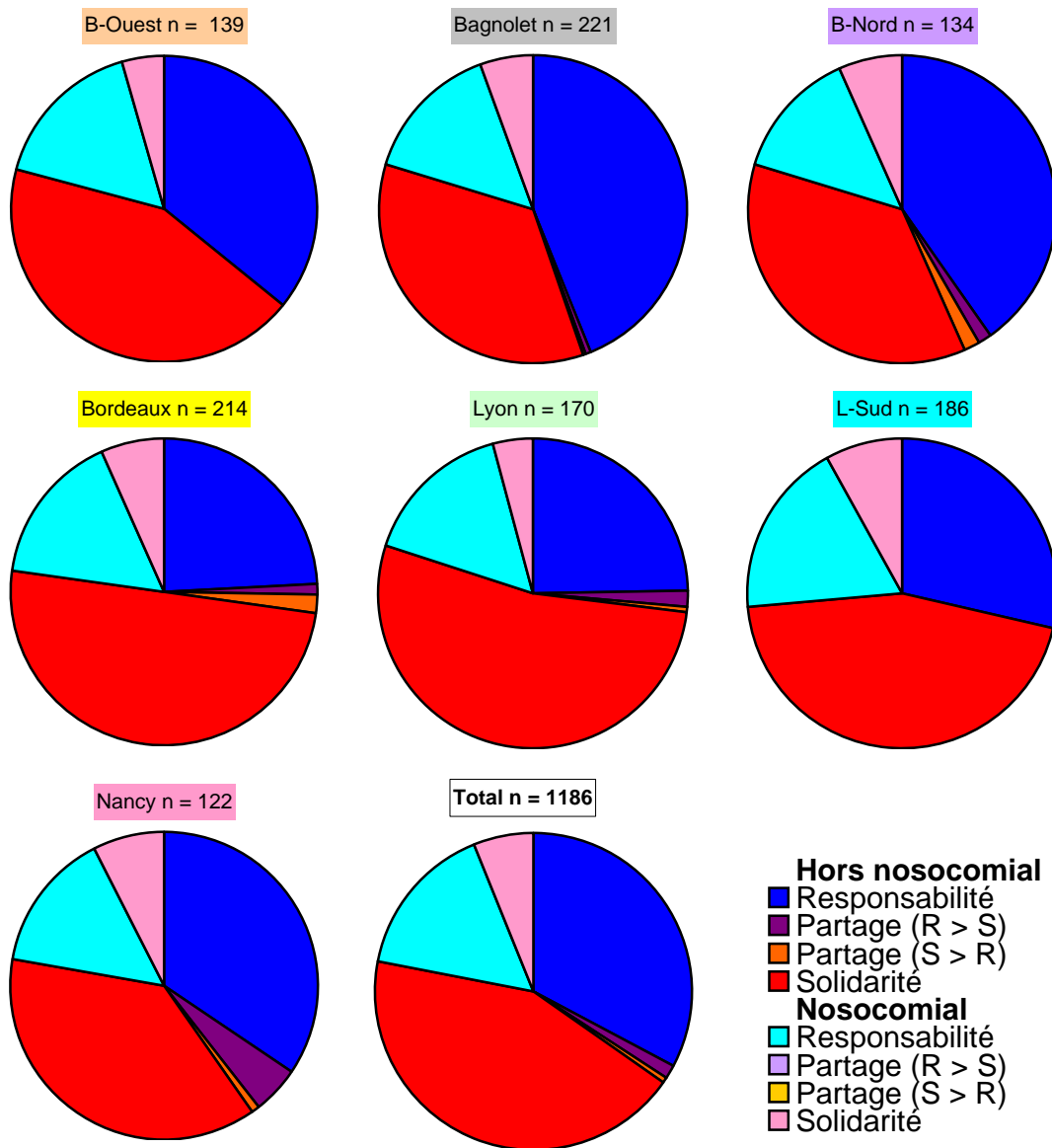


Figure 16. Répartition des types d'indemnisations proposées selon les pôles interrégionaux

	Hors infections nosocomiales	Infections nosocomiales	Responsabilité (exclusive)	partage (R > S)	partage (S > R)	Solidarité (exclusive)
B-Ouest	79%	21%	52,5%			47,5%
Bagnolet	80%	20%	58,8%	0,5%	0,5%	40,3%
B-Nord	80%	20%	53,7%	1,5%	1,5%	43,3%
Bordeaux	77%	23%	40,7%	0,9%	1,9%	56,5%
Lyon	80%	20%	40,6%	1,8%	0,6%	57,1%
L-Sud	74%	26%	46,8%			53,2%
Nancy	78%	22%	49,2%	4,9%	0,8%	45,1%
Total	78%	22%	48,7%	1,2%	0,8%	49,3%

(En cas de partage avec régime prépondérant, seul ce dernier a été pris en compte. Les propositions de partage sans régime prépondérant n'ont pas été prises en compte, expliquant un total légèrement inférieur à celui de l'ensemble des propositions d'indemnisation : 2 % des dossiers ne sont pas analysables)

I.2.7 - Les conciliations

Lorsqu'une commission estime la demande irrecevable parce que les dommages ne présentent pas le caractère de gravité prévu par la loi (sous la forme de la « *déclaration d'incompétence* » aux termes de l'article R.1142-15, al. 1 CSP), elle doit informer le demandeur de la possibilité qu'il a de saisir la formation de conciliation (article R.1142-15, al. 2 CSP). Celle-ci a été sollicitée dans **245 cas** (contre respectivement 215, 222, 193 et 259 en 2009, 2008, 2007 et 2006). Il s'agissait exclusivement d'une demande d'indemnisation, aucun autre litige (*cf. supra* I.2.1) n'ayant été recensé. Il a été fait appel à un médiateur extérieur dans 66 % des cas, à un ou plusieurs membres de la commission dans 18 % des cas, à l'ensemble de la commission dans 16 % des cas ; un dossier a été transmis à un autre organisme, comme en 2007. Les conclusions sont connues pour 173 dossiers : 20 accords totaux, 6 accords partiels et 147 constats de non-conciliation.

Rapportée au nombre de conclusions négatives au motif d'un défaut de gravité (« *déclarations d'incompétence* »), sans expertise ou au vu de celle-ci, la proportion des demandes de conciliation est de 22 %, en augmentation par rapport à l'an dernier, où elle était de 19 %, essentiellement du fait du retour à son niveau antérieur du pôle qui en faisait le plus (Bagnolet) (*figure 17*).

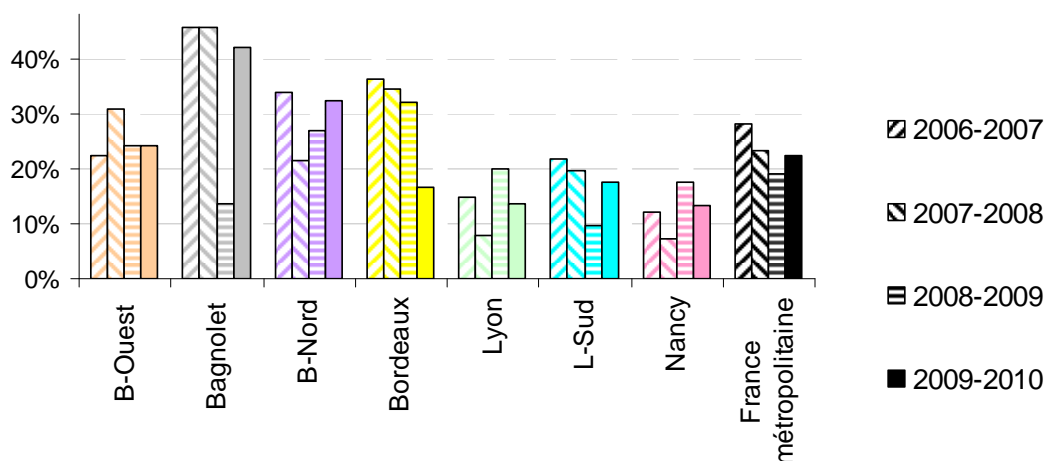


Figure 17. Pourcentage de demandes de conciliation par rapport aux conclusions négatives au motif d'un défaut de gravité selon les pôles interrégionaux (les données des deux années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.8 - Les réouvertures de dossier

Un nombre croissant de dossiers ayant donné lieu à une conclusion a nécessité une réouverture en raison, soit d'une consolidation de l'état de santé (77 % des données fournies), soit d'une aggravation de celui-ci (16 %), soit de la communication d'un fait nouveau (7 %). À ce titre, 240 nouvelles expertises ont été diligentées.

I.3 - En résumé

I.3.1 - Un nombre de saisines et une activité des CRCI de nouveau en augmentation

Le nombre de saisines des CRCI, après avoir fléchi de 2 % l'an dernier, augmente de 9 % cette année, et ce au niveau de tous les pôles interrégionaux (figure 18).

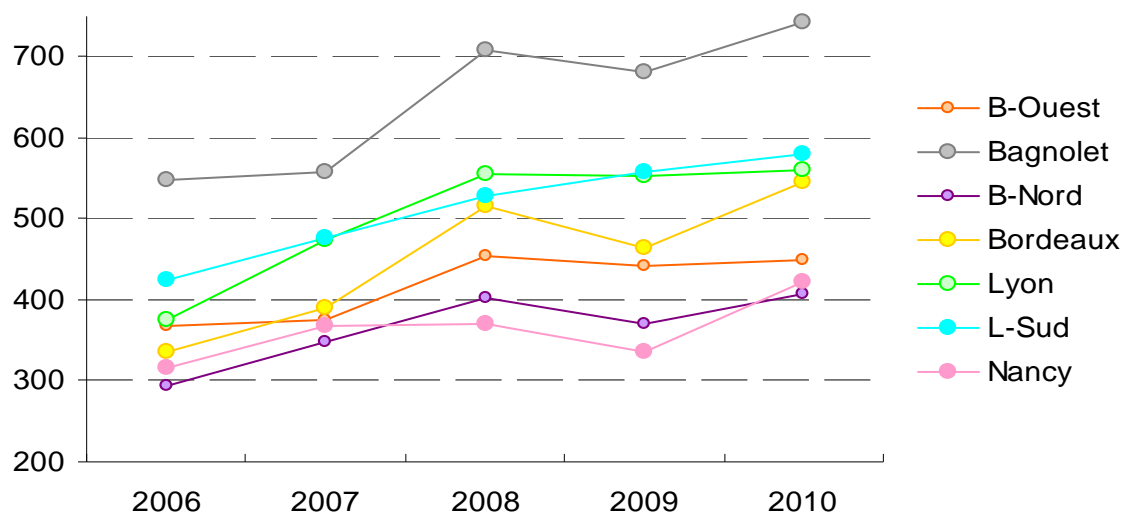


Figure 18. Évolution sur cinq ans des demandes d'indemnisation selon les pôles interrégionaux

Il a été vu que le nombre de demandes d'indemnisation reçues par les CRCI était étroitement corrélé au nombre d'habitants de la région (cf. [figure 2](#)). En revanche, comme les années précédentes (cf. **annexe n° 10** du rapport de la CNAMed 2008-2009), il n'existe pas de lien statistique entre ce taux de demandes et le taux d'urbanisation de la région. Il en est différemment de la densité médicale, qui est corrélée au taux de demandes reçues par les CRCI, comme le montre la figure 19, réalisée à partir de données développées dans l'**annexe n° 10**.

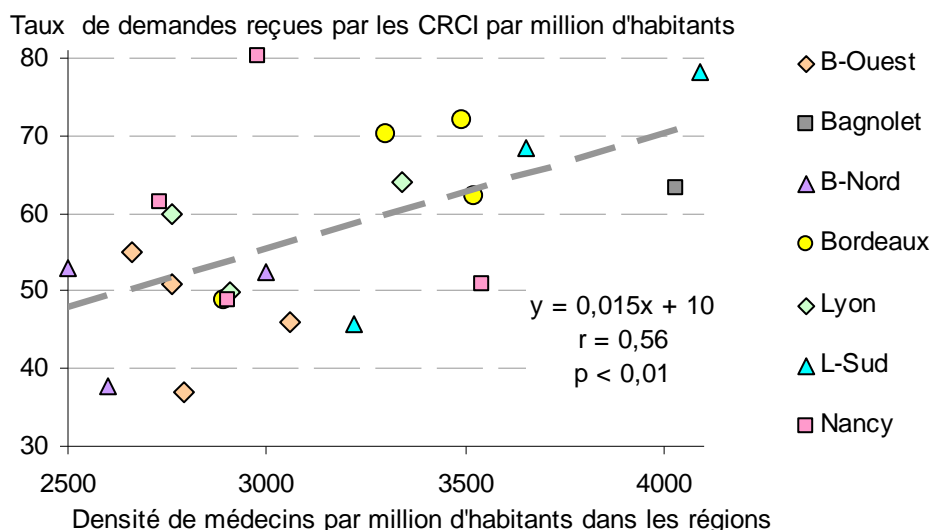


Figure 19. Taux de demandes reçues par les CRCI en 2009-2010 selon la densité médicale des régions (données CNOM 2009)

Le nombre de demandes d'expertises, qui avait baissé de 10 % l'an dernier, a augmenté de 19 %, et le nombre de dossiers devant être réexaminés en raison de la consolidation du dommage, d'une aggravation ou d'un fait nouveau a augmenté de 17 % ([figure 20](#)).

Parmi les dossiers dont la recevabilité initiale a été examinée, la proportion d'issues positives a retrouvé le niveau qu'il avait les années précédant l'an dernier, où il n'était que de 70 % : 77 % ont abouti cette année à une demande d'expertise au fond, 23 % à une conclusion négative sans expertise. Après expertise, la proportion de propositions d'indemnisation a en revanche continué de légèrement diminuer ([figure 21](#)).

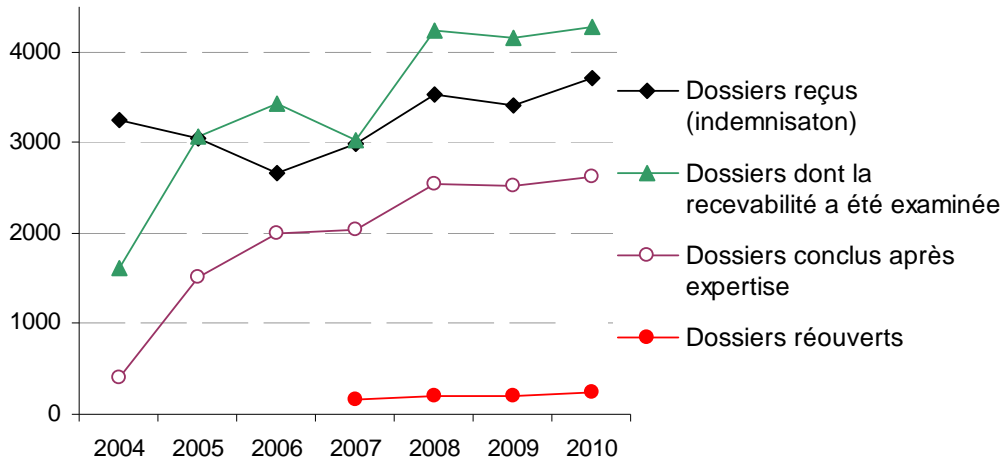


Figure 20. Évolution de l'activité des CRCI

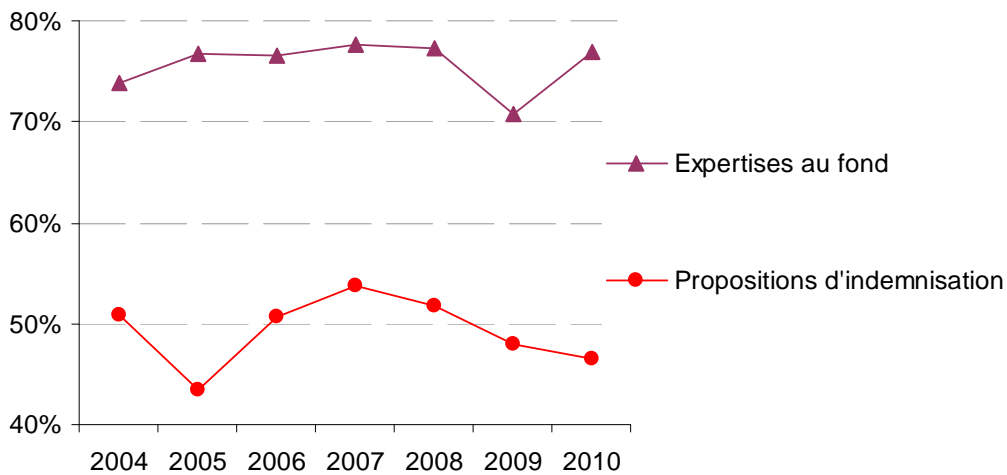


Figure 21. Evolution des proportions d'issue positive, en recevabilité et après expertise

Il en résulte une stabilisation de l'évolution générale du nombre des propositions d'indemnisation, après l'inflexion relevée l'an dernier. La répartition entre les différents critères de gravité reste en revanche d'une grande stabilité pour la cinquième année consécutive ([figure 22](#)).

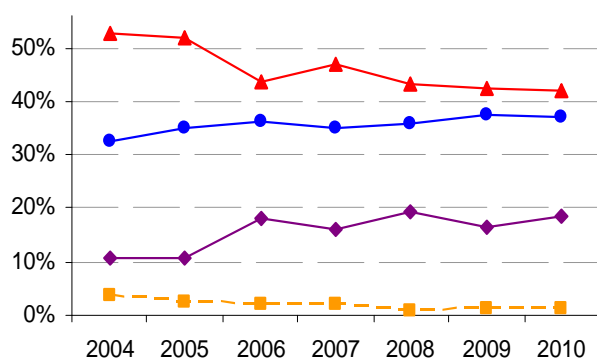
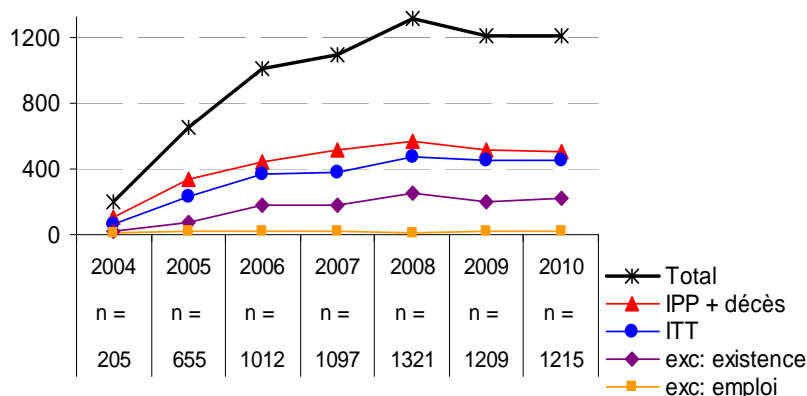


Figure 22. Evolution des critères de gravité motivant les conclusions positives, en valeur absolue (en haut) et en pourcentages (en bas)

I.3.2 - Des résultats relativement homogènes

Dans la quasi-totalité des cas, la saisine des CRCI a porté sur l'indemnisation. Environ 23 % de ces demandes a fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise, essentiellement en raison d'une gravité manifestement inférieure au seuil légal de gravité ou d'un abandon, explicite ou implicite, de la procédure par le demandeur.

Les autres demandes ont donné lieu à une expertise au vu de laquelle la CRCI a, un peu moins d'une fois sur deux, proposé une conclusion positive (avis positif) et, un peu plus d'une fois sur deux, estimé qu'il n'y avait pas lieu de proposer une indemnisation.

En cas de déclaration d'incompétence, le recours ultérieur à une procédure de conciliation a été utilisé dans 22 % des cas, en augmentation par rapport à l'an dernier, le pôle de Bagnolet ayant retrouvé son niveau antérieur, relativement élevé.

En cas de conclusion positive (avis positif), le régime d'indemnisation a été unique dans près de 96 % des cas, avec une répartition pratiquement à part égale entre responsabilité et solidarité, un partage dans 4 % des cas.

Les infections nosocomiales ont représenté moins du quart du nombre des propositions d'indemnisation, confirmant leur diminution relative au fil des ans : elles en représentaient un peu moins du tiers il y a quatre ans.

I.3.3 - Des fonctionnements faisant régresser certains manques d'homogénéité

La proportion de conclusions négatives sans expertise est presque aussi homogène que l'an dernier, alors que, les années précédentes, elle variait du simple au double d'un pôle interrégional à l'autre (*cf. figure 7*). Cependant, comme les années précédentes, leurs motifs ont varié dans des proportions considérables (*cf. annexe n° 5*) ; à l'inverse, la répartition entre ces motifs est très stable d'une année sur l'autre pour un même pôle interrégional, témoignant du maintien de pratiques différentes. Les hypothèses antérieurement avancées restent donc inchangées.

La proportion des différentes spécialités médicales sollicitées pour les expertises a été en revanche assez homogène, plus encore que les années précédentes, même si les spécialistes de réparation du dommage corporel sont toujours plus représentés au niveau du pôle de Bordeaux (*cf. annexe n° 7*), où l'expertise est par ailleurs plus souvent collégiale. Le recueil de ces données depuis plusieurs années permet de porter l'analyse au-delà des pôles interrégionaux, jusqu'au niveau des régions. Celle-ci est présentée dans l'**annexe n° 11** et confirme l'analyse précédemment faite au niveau des pôles. La liste nationale des experts en accidents médicaux ne comporte pas d'inscription de spécialistes en médecine légale, l'analyse des faits litigieux devant être réalisée par un praticien de la discipline dont l'acte est mis en cause, qui n'est pratiquement jamais du ressort de cette spécialité ; elle porte par ailleurs une attention particulière à la compétence en matière d'évaluation du dommage corporel. Ainsi, pour pouvoir être désignés seuls, les experts doivent disposer d'une double compétence : celle de la discipline impliquée dans l'accident, de façon à fournir les éléments d'appréciation utiles à la commission pour lui permettre de se prononcer en matière de responsabilité et d'imputabilité, et celle de l'évaluation du dommage corporel. En conséquence, ne peuvent être désignés seuls, ni les spécialistes n'ayant pas une compétence suffisante en évaluation du dommage corporel, ni ceux n'ayant que cette seule compétence, comme ce peut être le cas des médecins n'ayant d'autre spécialité que celle de la médecine légale.

Le taux d'expertises collégiales, qui est un indicateur de la prise en compte de cette règle, a, également, de nouveau progressé, même si les inégalités d'un pôle interrégional à l'autre restent très importantes (*cf. figure 9*).

La variabilité du recours à des experts non inscrits sur une liste des experts judiciaires ou la liste nationale des experts en accidents médicaux s'est également réduite. Le manque d'homogénéité reste cependant notable, 18 % des experts sollicités par le pôle de Lyon-Sud n'étant inscrit sur aucune liste, contre une moyenne de 6 % pour les autres pôles (*cf. figure 10*).

La répartition des motifs des conclusions négatives après expertise n'est pas réellement homogène (cf. **annexe n° 8**). Comme les deux années précédentes, la proportion d'absence de critères de gravité diffère peu de la moyenne (33 %) d'un pôle à l'autre ; cette amélioration par rapport aux années antérieures a des conséquences pratiques car, dans ce cas, le demandeur doit être informé qu'il peut recourir à la « *formation de conciliation* », par le courrier accompagnant la « *déclaration d'incompétence* ». En revanche, l'absence de lien de causalité avec l'acte en cause ne représente que 23 % des motifs du pôle de Bagnole-Ouest contre 64 % pour celui de Lyon, alors que les rejets pour accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa) représentent 38 % des motifs du pôle de Bagnole-Ouest contre 5 % pour celui de Nancy. Une telle inversion des proportions avait déjà été notée les années précédentes. Cette persistance suggère que des faits équivalents pourraient être qualifiés différemment, objectivant des modalités de classement différentes.

La répartition des motifs des conclusions positives après expertise (avis positifs) est en revanche particulièrement homogène (cf. **annexe n° 9**). La seule exception concerne le recours aux troubles exceptionnels dans les conditions d'existence par le pôle de Lyon-Sud (28 % contre une moyenne de 17 % pour les autres pôles), déjà relevé depuis plusieurs années.

Les délais des conclusions adoptées par les commissions sont représentés dans la **figure 23**. L'homogénéité de leur répartition, qui s'était améliorée ces deux dernières années, se dégrade à nouveau, surtout au niveau du pôle de Bagnole-Ouest. Le délai des conclusions toutes confondues, qu'elles soient positives ou négatives et, dans ce dernier cas, sans expertise ou après celle-ci, dépasse 8 mois, alors qu'il était de 7,5 mois l'an dernier. Le délai des avis positifs a lui aussi légèrement augmenté, passant de 10,3 à 10,8 mois (**figure 24**).

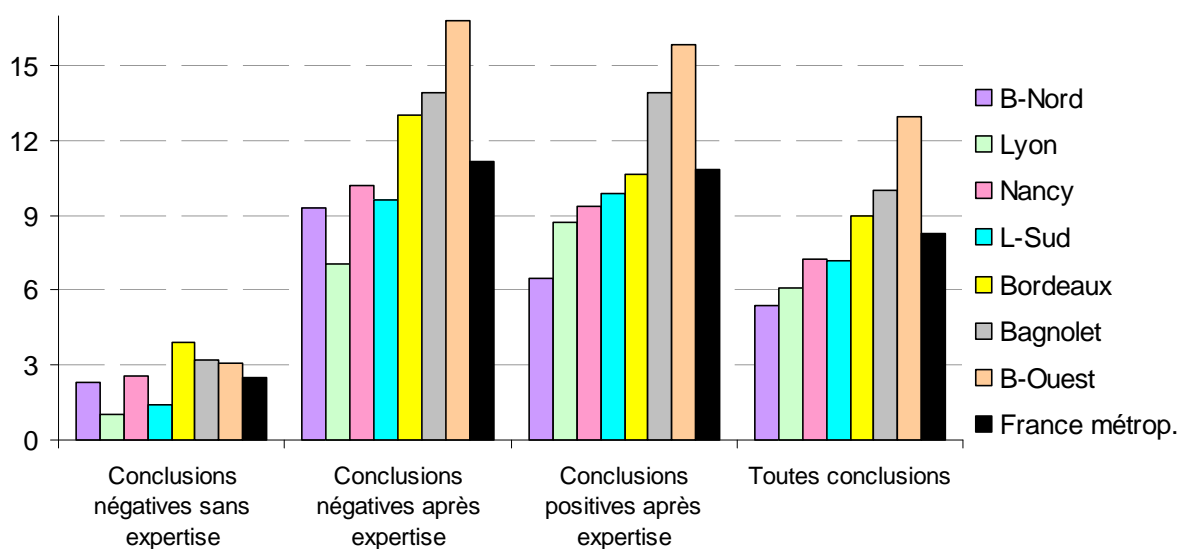


Figure 23. Délais (mois) des différents types de conclusion selon les pôles interrégionaux

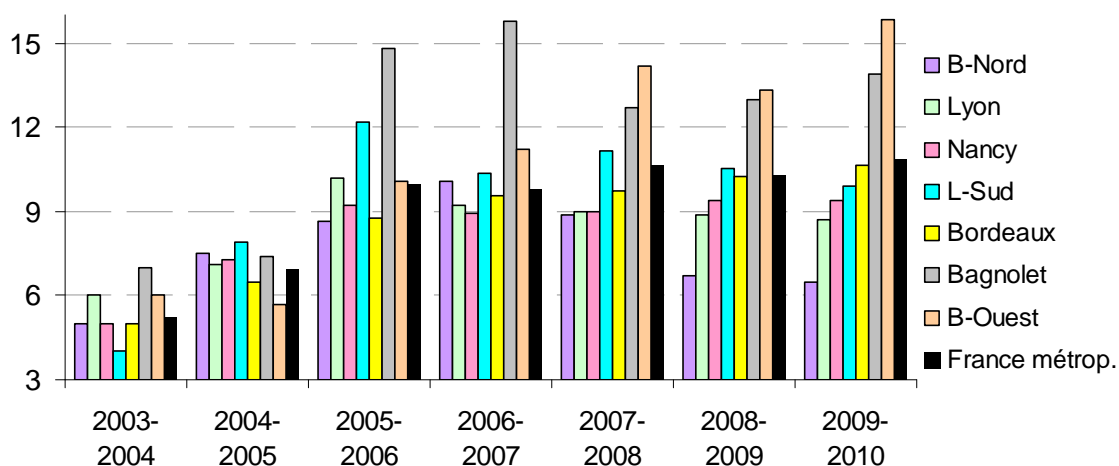


Figure 24. Délais (mois) des conclusions positives après expertise (*avis positifs*) selon les pôles

Il est à noter que l'important travail de clarification précédemment mené à l'initiative de la CNAMed avec les représentants des CRCI et le service informatique de l'ONIAM (*cf.* deuxième partie du rapport 2006-2007), associé à l'effort de fiabilisation de la saisie des données, permet d'assurer une meilleure surveillance de ces délais.

I.4. - Observations des présidents des CRCI sur le fonctionnement du système

Dans leurs rapports remis à la CNAMed, les présidents, après avoir fourni les données chiffrées pour chacune des CRCI qu'ils président, formulent des observations, sur les différents aspects du fonctionnement du système. Ces observations, qui concernent toutes les CRCI dont ils ont la responsabilité, sont regroupées pour l'ensemble du pôle.

Cette partie du rapport fait l'objet de développements variables avec des écarts se situant entre 3 et 8 pages ; un rapport se distingue avec un document de 121 pages d'observations et de suggestions illustrées par des éléments anonymisés repris des dossiers et des avis.

L'analyse de ces rapports conduit à présenter les questions les plus souvent évoquées ainsi que les propositions qui présentent un intérêt manifeste tant à propos des demandes (I.4.1), que des expertises (I.4.2) et des avis rendus (I.4.3).

Cette synthèse doit, notamment, permettre à la CNAMed de formuler des propositions (*cf.* troisième partie du présent rapport) visant à rendre plus efficace le processus d'indemnisation par voie amiable des personnes victimes d'un accident médical.

I.4.1 - Les demandes

I.4.1.1 - Sur le nouveau formulaire

À l'exception d'un président qui regrette qu'il n'ait pas suffisamment été tenu compte des suggestions qu'il avait transmises lorsqu'il avait été consulté, presque tous les rapports mentionnent de manière positive le nouveau formulaire CERFA. Quelques observations sont toutefois formulées : manque une rubrique concernant la date du décès, lorsque tel est le cas ; lorsque le demandeur n'est pas la victime elle-même aucune rubrique ne permet de préciser la nature du lien entre la victime et le demandeur, ce qui conduit souvent à des confusions entre la position de « proche » et celle de représentant légal.

I.4.1.2 - Sur le contenu des demandes

Le pourcentage de dossiers incomplets, et même vides pour quelques-uns, est évalué, selon les rapports, entre 30 et 50 pour cent, y compris lorsque le demandeur est assisté d'un conseil et ce, en dépit des indications précises, verbales et écrites, données aux requérants potentiels qui sont très nombreux à téléphoner.

Cette situation est analysée comme procédant de motifs différents selon les cas :

- En premier lieu et de manière générale beaucoup éprouveraient de grandes difficultés à comprendre la procédure.

- Ensuite, il semble que de nombreux requérants se heurteraient encore aux réticences, voire au refus, de médecins ou de services médicaux, lorsqu'ils demandent copie des dossiers médicaux. Toutefois un président exprime, sur ce point, un avis contraire. D'autres rencontreraient des difficultés pour déterminer les acteurs de santé qui doivent être mis en cause.

- Un rapport fait état de ce que de nombreuses saisines ne viseraient qu'à mettre en cause des professionnels ou des établissements de santé, la demande d'indemnisation n'étant alors motivée que par la recherche d'un responsable.

À l'inverse, un président indique que de nombreux demandeurs refuseraient de mettre en cause qui que ce soit et qu'ils ne saisiraient les commissions que pour obtenir des explications techniques sur l'origine du dommage subi par eux-mêmes ou par leurs proches, allant jusqu'à écrire qu'ils ne sollicitent aucune indemnisation : « ils veulent seulement savoir pourquoi ».

Un président insiste, comme il l'avait fait l'an dernier, sur l'incompréhension fréquente relative au seuil de gravité du dommage qui détermine la compétence de la commission : s'estimant victimes d'un acte de soins, ces personnes n'acceptent pas et sont dans l'incapacité psychologique de s'entendre dire que leur cas est insuffisamment grave pour être examiné au fond par la CRCI.

I.4.2 - Les expertises

L'intervention des experts est un élément essentiel du dispositif d'indemnisation, les commissions ne pouvant émettre des avis sans disposer des informations, des analyses et des conclusions contenues dans les rapports, qu'il s'agisse de l'origine du dommage, de son étendu ou de ses conséquences.

Aussi, de manière plus ou moins développée, tous les rapports contiennent-ils, sous cette rubrique, des éléments intéressants, tout en indiquant, pour certains, que les difficultés rencontrées sont identiques à celles évoquées les années précédentes.

I.4.2.1 - Les difficultés rencontrées lors de la désignation des experts

Tous les rapports indiquent que les commissions apprécient l'enrichissement continu de la liste des experts élaborée par la CNAMed. Ils disent suivre les recommandations figurant dans les rapports annuels au Parlement et au Gouvernement et réduire progressivement le recours à des experts « hors liste ». Toutefois, le recours à des experts non inscrits demeure indispensable en raison du fait que la liste nationale est encore trop limitée dans certaines disciplines : infectiologie, bactériologie, cancérologie, neurochirurgie, médecine interne, pédiatrie et gastro-entérologie.

Un rapport signale la montée de pathologies et d'accidents rarissimes qui contraignent à multiplier les recours à des sages-femmes et à compléter le collège en cours de procédure.

La question des déplacements est un problème plusieurs fois évoqué : soit que l'expert refuse de se déplacer alors que le patient est dans l'impossibilité de venir à son cabinet, soit que le patient rechigne à engager les frais que représente le transport jusqu'au cabinet de l'expert. Ceci réduit les possibilités de recourir à la collégialité et à la délocalisation, notamment lorsqu'il s'agit d'experts spécialisés dans le dommage corporel, spécialement missionnés pour intervenir au domicile de la victime.

Enfin, il arrive que des experts refusent d'être à nouveau désignés à la suite d'une expertise au cours de laquelle ils se sont trouvés inondés de dures par des avocats, après le dépôt du rapport, dans une intention manifestement dilatoire.

Un président explique avoir engagé une véritable « campagne » d'information en direction des experts inscrits sur les listes des cours d'appel et qui n'avaient jamais été sollicités, afin qu'ils se portent candidats pour une inscription sur la liste nationale. Il estime, en effet, que si la situation actuelle est à peu près satisfaisante, l'augmentation du nombre des dossiers conduit à craindre une saturation rapide au cours des années prochaines.

Enfin un rapport évoque la question de l'indépendance des experts, pour dire qu'elle n'est que très rarement contestée explicitement.

I.4.2.2 - L'exécution de leur mission par les experts

Depuis la recommandation de la CNAMed du 20 mai 2008, la nomenclature issue du rapport Dintilhac est bien prise en compte et serait de mieux en mieux comprise, même si, ici et là, demeurent quelques difficultés de compréhension et d'interprétation à propos de certains préjudices. À titre d'illustration un président évoque une expertise qui avait retenu un déficit fonctionnel temporaire (DFT) de 100 %, par assimilation à l'ITT, taux qui a été ramené à 20 % après échange avec l'expert.

Il arrive aussi qu'il soit nécessaire de rappeler à des experts qu'il ne leur appartient pas de se lancer dans des qualifications juridiques

Afin d'éviter les erreurs, la meilleure solution consiste, selon plusieurs rapports, dans la régularité des contacts avec les experts, dans la lecture de tous les rapports dès leur réception, et dans le rappel de ce à quoi doit correspondre chacun des préjudices et le respect du principe du contradictoire.

Malgré ces précautions un complément d'expertise est parfois nécessaire, notamment lorsque l'évaluation des dommages dus à l'accident ne prend pas suffisamment en compte l'état antérieur.

Quant au respect du principe du contradictoire, s'il est bien compris et respecté, la nécessité d'un pré-rapport est contesté comme constituant un déséquilibre entre les parties dont toutes ne sont pas dans une position identique pour faire valoir des observations médicales pertinentes.

Un président relève que, tout en étant formellement contradictoire, l'expertise peut laisser un sentiment très négatif aux requérants lesquels, faute d'assistance, ont le sentiment d'avoir été « écrasés » par tous les spécialistes qui souvent se connaissent, se tutoient, et auxquels ils se sentent incapables d'apporter la contradiction lors des réunions contradictoires.

Globalement la qualité des rapports est considérée comme inégale et un président ajoute que nombre d'experts semblent n'avoir pas assimilé les nouvelles règles issues de la loi du 4 mars 2002 concernant l'indemnisation de l'« aléa thérapeutique », et qu'ils se consacrent surtout à la problématique de la faute.

I.4.2.3 - Le recours au barème médical

Le recours au barème réglementaire ne soulève aucun problème et ne provoque aucune contestation : il est bien appliqué par les experts.

Une seule difficulté est soulevée en matière d'ophtalmologie, notamment en cas de perte d'un œil : une disposition prévoit un taux de 25 %, si l'autre œil est « normal », ce dont il résulterait des interprétations différentes, particulièrement en matière de cataracte.

I.4.2.4 - Le respect des délais

Les délais sont rarement respectés, situation attribuée à la charge de travail. Ceci est une source de dilemme pour les présidents : certains experts étant excellents mais lents, faut-il leur privilégier les experts plus rapides mais moins compétents ? La réponse tient dans un savant équilibre entre la tolérance pour des retards raisonnables vis-à-vis de ceux qui savent concilier la qualité et la rapidité et la sanction des retards excessifs non justifiés.

Un autre motif tient au trop faible nombre d'experts dans certaines spécialités telles que l'oncologie et la neurologie, ce qui conduit à désigner toujours les mêmes bien qu'ils déposent leurs rapports avec retard.

Les difficultés que rencontrent certaines victimes pour se déplacer sont aussi soulignées comme source de retards lorsqu'il faut ajuster les agendas chargés des experts et trouver des lieux compatibles avec les problèmes particuliers de certains requérants.

Pour tous les présidents une exigence s'impose : faire régulièrement des rappels, ce qui, parfois, est rendu difficile pour des raisons d'insuffisance de personnels de secrétariat.

Sur cette question, un président, tout en confirmant que le délai de trois mois est rarement respecté, juge que la situation peut être considérée comme satisfaisante « au regard de ce qu'il est en justice ».

I.4.2.5 - La collégialité

Si le fonctionnement de la collégialité ne soulève pas de difficultés, il demeure que la désignation de plusieurs experts demeure minoritaire, notamment dans les spécialités pour lesquelles le nombre d'experts est réduit.

I.4.2.6 - L'évaluation des experts

Un président évoque cette question en rappelant que la CNAMed avait engagé des travaux préparatoires sur un système type d'évaluation assorti d'un suivi global de la qualité du travail des experts désignés et exprime le souhait qu'un tel dispositif soit mis en place. Il ajoute que les commissions qu'il préside sont toutes disposées à mettre en application un procédé de notation-évaluation des experts suivant une grille que la CNAMed mettrait au point et jugerait opportun d'introduire.

I.4.2.7 - Rémunération des experts

Un seul rapport évoque la faiblesse des rémunérations, tant pour les experts que pour les sapiteurs, comme l'une des causes de la difficulté à faire appel aux meilleurs compétences.

Plusieurs rapports, par contre, font état des difficultés qu'ils rencontrent parfois pour obtenir l'attribution de compléments de rémunérations.

I.4.3 - Analyse des avis rendus

Les présidents distinguent quatre points : l'appréciation de la gravité des atteintes subies par le patient du fait de l'accident qui conditionne la recevabilité de la demande, l'appréciation des différentes causes juridiques d'indemnisation (faute/aléa, partage faute/aléa, infection nosocomiale), les différentes questions juridiques de nature procédurale auxquelles ils sont confrontés, telles que qualité des parties, qualité des mis en cause, recours simultané à la procédure de règlement amiable et aux tribunaux, etc., et enfin le suivi des avis rendus.

I.4.3.1 - L'appréciation de la nature et de la gravité des atteintes subies par le patient du fait de l'accident

La difficulté majeure soulevée porte sur les incertitudes quant à la gravité du dommage qui, elle-même, détermine la compétence.

Sur ce sujet les points de vue exprimés révèlent des pratiques divergentes, ce qui devrait conduire le pouvoir réglementaire à intervenir au plus tôt afin d'harmoniser la loi et le décret.

En effet, alors que l'article L.1142-1 du code de la santé publique a été modifiée par la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009, le retard apporté à la publication du décret d'application conduit à une certaine gymnastique sémantique et juridique.

Certains considèrent que, bien que l'article D.1142-1 du code de la santé publique n'ait pas été à ce jour modifié, les dispositions inscrites à l'article L.1142-1 du code sont applicables immédiatement, puisqu'elles ne sont pas subordonnées à la modification des dispositions actuelles de l'article D.1142-1 et que les victimes peuvent utilement se prévaloir d'avoir subi un déficit fonctionnel temporaire qui est alors intégré dans la liste des postes indemnifiables, dans le respect de la nomenclature Dintilhac.

Les présidents, qui se réfèrent à cette manière de procéder, justifient également cette position par le fait qu'aucun texte ne fixe une quelconque durée de DFT pour la compétence de la commission.

Ils en déduisent que le recours à la nomenclature Dintilhac conduit à distinguer des périodes de déficit fonctionnel total et des périodes de déficit fonctionnel temporaire partiel.

Mais, comme la prise en compte d'une durée de DFT partiel de plus de six mois, sans considération du pourcentage de celui-ci, conduirait à ce que les commissions deviennent compétentes pour connaître de presque tous les litiges consécutifs à la survenue de dommages dans les suites d'actes médicaux, ces commissions continuent, pour trouver une réponse à ce dilemme, à appliquer la règle consistant à assimiler l'arrêt de travail à 50 % à une ITT. Par suite, la durée de six mois nécessaires de DFT est admise si une période cumulée de six mois de DFT total et de DFT partiel, lequel doit l'être à au moins 50 %, est acquise.

À l'inverse un président indique que, la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 étant toujours suspendue à la promulgation du décret d'application, les CRCI qu'il préside continuent d'appliquer l'article 1142-1 dans sa rédaction initiale renvoyant à l'article D.1142-1 du code

de la santé publique.

Ces divergences rendent urgent la mise en cohérence des textes, même si la hiérarchie des normes doit, bien entendu, conduire à faire prévaloir la loi sur le décret.

I.4.3.2 - L'appréciation des différentes causes juridiques d'indemnisation : faute, aléa, partage faute /aléa, infection nosocomiale

Sur le terrain de la faute, si l'absence d'information est rarement indemnisable, sauf à établir une perte de chance, d'une manière générale, ce préjudice est particulièrement difficile à évaluer et les rapports des experts en font rarement état.

Les rapports démontrent que les commissions ont porté un intérêt certain à l'arrêt de la cour de cassation du 11 mars 2010 qui permet, même en cas de défaut d'information constitutif d'une perte de chance, l'indemnisation par la solidarité nationale, le principe de subsidiarité étant alors abandonné.

Parmi les difficultés mentionnées, figurent surtout, outre la perte de chance, le défaut de compétence, qu'il s'agisse des personnels médicaux ou de l'équipement et de l'organisation des services de santé concernés.

S'agissant de la responsabilité sans faute, elle est rarement évoquée, en dehors des cas d'infections nosocomiales.

I.4.3.3 - Détermination des préjudices et évaluation du montant des indemnités

Le recours quasi systématique à la nomenclature unifiée, préconisée par la CNAMed, a beaucoup réduit les divergences sémantiques et/ou conceptuelles qui pouvaient exister par le passé.

I.4.3.4 - Perception des avis

À l'issue du processus, de nombreux requérants exprimeraient leur incompréhension quant aux avis rendus par les CRCI, quel qu'en soit leur sens : ils ne comprennent pas qu'il ne s'agit pas de décisions, dont on pourrait faire appel, et que, ces avis ne faisant pas grief ne sont pas susceptibles d'être contestés devant le juge de l'excès de pouvoir. Pourtant il leur est bien exposé que la victime a toujours la possibilité de saisir le juge compétent d'une demande d'indemnisation.

I.4.3.5 - Les questions juridiques de nature procédurale

Peu de questions sur ce point, si ce n'est un rapport qui évoque la question de la détermination des parties concernées dans certains dossiers.

Pour les demandes, des difficultés se présentent lorsque la victime décède en cours de procédure, lorsque la victime est mineure ou incapable majeur et, surtout, lorsque le demandeur est un ayant droit d'une personne décédée ; dans ce dernier cas le rapport indique

que les collatéraux sont écartés sauf à justifier de rapports sur l'existence de liens affectifs particuliers.

Pour les personnes mises en cause, la difficulté est majeure lorsqu'il s'agit d'établissements de statut public mais parfois aussi pour des structures privées dont la répartition des responsabilités est confuse. Pour résoudre cette difficulté la pratique adoptée consiste à retenir comme mis en cause la personne désignée par le requérant.

Le mis en cause identifié, une autre difficulté survient parfois, celle d'identifier son assureur, notamment lorsque plusieurs assureurs se sont succédés.

I.4.3.6 - L'existence de procédures en justice

La concomitance d'une procédure judiciaire et de la saisine d'une CRCI soulève divers problèmes d'autant, selon l'un des présidents, que certains avocats ont de plus en plus tendance à user de la possibilité qui leur est offerte de procédures simultanées ou successives.

Bien que les requérants soient alors informés de la nécessité de prévenir le juge saisi, un rapport exprime le souhait que soit élaboré un document informant le requérant de la nécessité d'informer le juge saisi, ou qui viendrait à l'être, et de faire connaître à la CRCI cet élément ainsi que le degré d'avancement de la procédure judiciaire.

I.4.3.7 - La procédure de conciliation

L'absence, dans la totalité des rapports, sauf un, de remarques sur cette procédure, inciterait à considérer qu'il n'y ait fait que faiblement recours. Le seul président qui l'évoque exprime de sérieux doutes sur l'efficacité de cette procédure en se fondant sur les efforts engagés pour la développer dans les CRCI de son pôle et sur l'échec de presque toutes les tentatives de conciliation engagées.

I.4.3.8. - Le suivi des avis

Un président dit être maintenant informé tous les semestres des suites données par l'ONIAM aux avis qui lui sont transmis par les commissions

D'autres regrettent que l'information sur les suites données à leurs avis ne mentionne pas, pour les refus, la motivation.

Un président suggère que la loi soit modifiée afin de rendre exécutoire les avis des CRCI.

I.4.4. - Considérations sur les moyens dont disposent les CRCI

Plusieurs présidents font part de leurs difficultés et expriment leur inquiétude quant à la faiblesse des moyens humains.

Alors que les charges s'accroissent, tant par le nombre que par la complexité, plusieurs CRCI ne réussissent à faire face que grâce à la quantité de travail fournie par les membres et à la présence de stagiaires dont la pérennité ne peut, par définition, être acquise.

Est tout particulièrement souligné le manque de secrétaires, alors que les CRCI sont sollicitées constamment par des appels téléphoniques de demandes diverses en relation tant avec des dossiers en construction qu'avec des dossiers déposés.

Un rapport fait mention de difficultés relatives aux locaux, de constantes et épuisantes négociations étant nécessaires pour s'assurer de la disponibilité des salles indispensables pour que les CRCI qu'il préside puissent se réunir.

DEUXIÈME PARTIE

TRAVAUX DE LA CNAMed

II.1 - L'inscription des experts en accidents médicaux sur la liste nationale

II.1.1 - Données chiffrées

Le mandat des membres de la commission, prorogé une première fois d'un an (*cf.* p 8), s'est achevé le 3 juin 2009 et il s'en est suivi une interruption dans son fonctionnement de huit mois jusqu'au 8 février 2010 : à cette date, la liste nationale des experts en accidents médicaux comportait 297 inscrits.

Entre cette date et le 15 octobre 2010, 5 nouveaux inscrits ont été ajoutés à la liste, cependant que 4 demandes faisaient l'objet d'un rejet.

Par ailleurs, il convient de rappeler que les inscriptions sur la liste nationale ne sont effectuées que pour cinq années : toute demande de renouvellement devra faire l'objet d'une nouvelle décision permettant de vérifier la qualité expertale de l'intéressé ainsi que l'enrichissement de ses connaissances, notamment en matière de responsabilité médicale. L'inscription de 5 experts inscrits sur la liste a été renouvelée. L'évolution des inscriptions et de leurs renouvellements entre janvier 2009 et septembre 2010 est retracée en **annexe n° 12**.

Les inscriptions, les renouvellements d'inscription ainsi que les rejets, prononcés par la commission nationale, font l'objet d'une décision motivée qui est notifiée au demandeur.

La liste des nouveaux inscrits vient compléter un tableau, comportant la liste de l'ensemble des experts inscrits ou renouvelés, qui est adressé à tous les présidents des CRCI, avec, pour chaque expert, le (s) domaine (s) de compétence retenu (s), sa capacité à réaliser des expertises seul ou non (c'est-à-dire sans qu'il lui soit adjoint un expert inscrit au titre de la réparation du dommage corporel), ses coordonnées postales et téléphoniques.

En application de l'article R.1142-36, la liste nationale des experts en accidents médicaux, ainsi que ses actualisations annuelles, sont publiées au *Journal officiel*. Les listes d'experts figurent sur le site de la CNAMed (www.cnamed.sante.gouv.fr).

II.1.2 - Difficultés rencontrées

Comme précédemment, la commission s'est efforcée de faire coïncider au maximum le domaine de compétence dans lequel elle a inscrit un expert avec la réalité de son exercice au cours des années prises en compte pour cette inscription. Il en résulte ainsi parfois des domaines de compétence attribués qui peuvent paraître assez éloignés de la formation initiale ou de l'inscription ordinale de l'expert.

Elle a, par ailleurs, examiné avec attention les demandes de renouvellement d'inscription : l'article R.1142-31-1 du code de la santé publique prévoit, en effet, que le ou les rapporteurs désignés vérifient que les connaissances de l'expert inscrit dans un ou des domaines de compétence ont été actualisées et si les compétences qu'il a acquises en matière de réparation du dommage corporel lui permettent, si ce n'était pas le cas, d'effectuer les expertises qui lui sont confiées, sans qu'il doive être accompagné par un expert inscrit dans le domaine de la réparation du dommage corporel.

L'**annexe n° 13** montre la diversité des domaines de compétence et le souhait de ne pas subdiviser à l'infini les spécialités médicales : le recours fréquent à la mention particulière a permis de souligner les connaissances spécifiques de l'expert dans un aspect plus étroit de sa discipline, sans l'y cantonner absolument. A l'occasion du renouvellement des inscriptions, la commission s'est ingéniée à harmoniser, autant que possible, les domaines voisins dont la diversité des appellations avait accompagné les premières décisions.

Ainsi, les commissions régionales peuvent-elles mieux choisir l'expert dont elles ont besoin, que le dommage concerné leur semble devoir faire appel à une compétence très ciblée ou qu'il s'agisse d'une situation fréquemment rencontrée.

Par ailleurs, les rapporteurs de la commission ont procédé, dans tous les cas et comme ils le font depuis longtemps, à l'examen de rapports d'expertises fournis par le candidat, en moyenne trois. Les décisions de rejet mais aussi d'inscription sont donc fondées, comme le prévoient les textes (article R.1142-30-2 du code de la santé publique), non seulement sur les compétences techniques du candidat, mais également sur ses compétences expertales en matière d'imputabilité des dommages et, le cas échéant, d'évaluation des préjudices qui en résultent : c'est seulement dans ce dernier cas que l'expert est autorisé à effectuer des expertises sans que lui soit adjoint un expert inscrit sur la liste au titre de la réparation du dommage corporel.

La commission s'est, en outre, montrée très ferme, mais réaliste, sur la question des conflits d'intérêts. Si l'activité expertale d'un candidat ne constitue pas un obstacle lors de sa demande et peut même être prise en compte pour apprécier ses qualités dans ce domaine, il en va différemment après son inscription : ainsi, le fait de travailler en médecine de recours ou pour une société d'assurances, dans le domaine du dommage corporel, ne pourra pas être

accepté après inscription. L'une des conditions d'inscription des experts est l'engagement à ne pas effectuer, pendant la durée de l'inscription, de mission ou d'expertise incompatible avec l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice de missions d'expertise.

II. 2. - Formation des experts inscrits sur la liste nationale

- La loi n° 2002-403 du 4 mars 2002 disposait que la CNAMed était chargée d'assurer la formation en matière de responsabilité médicale des experts qu'elle inscrivait sur sa liste.

Il en a été déduit que le législateur, en confiant cette mission à la commission, considérait que le rôle de celle-ci était déterminant pour :

- l'élaboration du contenu de la formation,
- la dispensation de celle-ci,
- et son évaluation.

- 1) La commission a donc rédigé un document de travail (rapport 2005-2006, annexe n° 11), adopté un programme de formation et élaboré le cahier des charges pour l'appel d'offre du Ministère chargé de la santé.
- 2) La commission a choisi les formateurs, dont certains de ses membres pour les thèmes relevant du fonctionnement et des missions de la CNAMed, et participé ainsi à la dispensation de la formation.
- 3) À l'issue de celle-ci, une évaluation a permis de valider la formation de chaque expert qui l'avait suivie.

- Dans le cadre du cahier des charges du marché passé entre le ministère chargé de la santé et un prestataire de service, 185 experts inscrits sur la liste nationale ont suivi les seize séances de formation, organisées sous la forme de séminaires de deux jours.

Une cinquantaine d'experts ont exprimé leur impossibilité ou leur indisponibilité à suivre l'une des sessions. Des lettres de rappel leur ont été adressées.

- La loi n° 2009-526 du 12 mai 2009, dans son article 112, dispose désormais que la CNAMed contribue à la formation des experts en responsabilité médicale.

Compte tenu de l'argumentaire présenté préalablement, la CNAMed assurera sa contribution à cette formation :

- en élaborant le cahier des charges et les programmes,
- en contrôlant l'adéquation du contenu de la formation au cahier des charges,
- en évaluant la formation et les formateurs.

- La commission manifeste sa volonté de maintenir la formation qu'elle dispense et, à cette fin, de se rapprocher de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

II. 3. – Évaluation des experts

Une des fonctions de la CNAMed est de veiller à l'homogénéité et à la qualité des expertises. Dans ce but, elle a défini les critères exigibles en la matière. Puis une grille a été élaborée afin de faciliter l'évaluation de la qualité des expertises, avec le souci de la rendre suffisamment simple pour pouvoir être utilisée pour chaque expertise et permettre une statistique, globale, mais aussi pour chaque expert. Les données seront notamment utilisées comme un des critères de réinscription des experts sur la liste nationale.

Les critères retenus sont de ce fait peu nombreux, centrés sur les éléments utiles aux CRCI, et excluent ce qui ne dépend pas des experts.

Les critères retenus

Les responsabilités envisageables sont-elles utilement argumentées ?

Il s'agit d'indiquer si les arguments présentés permettent de mettre clairement en évidence la responsabilité ou l'absence de responsabilité de chacun des intervenants mis en cause.

Les dommages sont-ils tous décrits et évalués ?

Il s'agit d'indiquer si tous les dommages liés à l'acte mis en cause ont été pris en compte et si la part a été faite entre ce qui revient à la pathologie traitée et à l'état antérieur.

Le délai imparti a-t-il été respecté ?

Il n'est répondu négativement que si le retard anormal est attribué aux experts, et non pas à un éventuel défaut de documents ou à la complexité de l'affaire.

L'expertise permet-elle de rendre un avis ou de conclure ?

Il n'est répondu négativement que si la difficulté résulte d'insuffisances de l'expertise et non pas, par exemple, parce qu'un acteur apparemment essentiel n'a pas été mis en cause.

La CRCI a-t-elle suivi les conclusions de l'expertise ?

Il n'est répondu négativement que si la CRCI a argumenté la différence d'appréciation.

La quantification des items

Chaque item est affecté d'une valeur :

- 1 si la réponse est complète
- 0,5 si la réponse est insuffisamment complète
- 0 si la réponse est incomplète ou non satisfaisante

Afin de faciliter le recueil des données et leur exploitation statistique, un fichier de format Excel est utilisé, qui permet le calcul automatique du résultat.

Il est prévu qu'un champ libre permette au rapporteur d'expliciter sa cotation, ou de porter des remarques faites en séance par les parties, et au président de CRCI de faire figurer son avis s'il le souhaite.

En conclusion

L'évaluation des expertises est indispensable à l'évaluation des experts, associée à l'avis des présidents de CRCI. Elle sera un élément à prendre en compte pour le renouvellement d'inscription des experts sur la liste nationale, à côté d'autres éléments, telle la formation continue ou le nombre d'expertises réalisées. Elle est non moins nécessaire pour les expertises demandées à des personnes qui ne sont pas inscrites sur cette liste, voire ne le sont sur aucune liste d'experts judiciaires (*cf.* § I.2.4.2 du présent rapport).

Exemple de feuille de saisie

Nom des experts :

1
2
3

Domaines de compétence :

Expertise collégiale :

oui

non

Réponse aux questions :

Non = 0

Partiellement = 0,5

Oui = 1

Les responsabilités envisageables sont-elles utilement argumentées ?

Les dommages sont-ils tous décrits et évalués ?

Le délai imparti a-t-il été respecté ?

L'expertise permet-elle de rendre un avis ou de conclure ?

La CRCI a-t-elle suivi les conclusions de l'expertise ?

Total sur 5

Commentaire libre

Avis du président de la CRCI

II. 4. - Transmission de données couvertes par le secret médical à la CNAMed

À la suite d'une demande exprimée par la CNAMed dans ses rapports au Parlement et au Gouvernement, la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures, dans son article 112, a modifié l'article L.1142-10 du code de la santé publique. Celui-ci dispose désormais : « Pour l'exercice de ces missions, la commission accède, à sa demande, aux informations couvertes par le secret médical dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État permettant de préserver la confidentialité de ces données à l'égard des tiers. »

Afin de préparer le décret prévu par la loi, la CNAMed a participé avec l'ONIAM à une réunion de travail organisée à cette fin par la direction générale de la santé, début septembre 2009. Les objectifs principaux suivants ont servi de guide :

- simplicité, clarté, rapidité de mise en œuvre, réduction au maximum de la charge de travail et de budget pour les différents intervenants ;
- limitation des demandes à des objectifs précisés par la CNAMed.
 - Il est en effet apparu important d'établir une parfaite distinction entre les travaux de recherche, quelle que soit leur légitimité, et ceux décidés par la CNAMed dans le cadre des missions que lui a confiées le législateur. Les travaux du premier type ne sont pas concernés par le futur décret, que leurs auteurs soient ou non membres de la CNAMed. Seuls les derniers le sont, étant entendu que la CNAMed peut confier leur réalisation à l'un ou plusieurs de ses membres, agissant ès qualités.
 - Un autre avantage est de limiter ainsi les informations transmises à ce qui est strictement nécessaire à l'objectif poursuivi. Ceci constitue en effet, une méthode efficace pour éviter la divulgation d'informations couvertes par un secret professionnel ;
- limitation de l'accès aux seules personnes missionnées par la CNAMed pour réaliser le travail envisagé.
 - La limitation du nombre des personnes ayant accès aux données est en effet un autre moyen particulièrement simple et efficace pour réduire les risques de divulgation de secrets.
 - En revanche, la limitation aux seuls médecins n'est pas envisageable pour une commission dont le fonctionnement repose sur les échanges de points de vue entre représentants des usagers, médecins et juristes.
 - Ce sont donc les rapporteurs du travail à réaliser, désignés par la CNAMed, qui auraient accès aux données non anonymisées, étant entendu qu'ils doivent pouvoir répondre à toute question en séance, en respectant l'anonymat.

D'un point de vue technique, la meilleure solution est apparue être un accès aux données informatiques en suivant une procédure conforme aux exigences de sécurité en la matière. Toutefois, ces exigences techniques imposant un délai de mise en œuvre de la part de l'ONIAM, une solution d'attente doit exister, qui pourrait par ailleurs servir d'alternative en cas de défaillance technique informatique.

Un plein accord a été obtenu sur ces différents points, qui a permis d'aboutir aux options suivantes :

La communication à la Commission nationale des accidents médicaux, en application de l'article L.1142-10, d'informations couvertes par le secret médical fait l'objet d'une demande écrite de son président ou de son vice-président dans laquelle il désigne le ou les membres auxquels ces informations sont rendues accessibles.

Cette communication concerne les rapports d'expertise transmis, en application de l'article R.1142-30-2, par les personnes sollicitant leur inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux et les informations détenues par l'office mentionné à l'article L.1142-22 concernant les activités des commissions mentionnées à l'article L.1142-5, nécessaires à la commission nationale pour l'exercice de ses missions.

Les informations sont transmises ou rendues accessibles par des moyens permettant d'en garantir la confidentialité à l'égard des tiers.

Lorsque ces informations sont transmises sous pli, et notamment pour les rapports d'expertise prévus à l'article R.1142-30-2, elles le sont sous double enveloppe, celle placée à l'intérieur portant la mention « secret médical ».

Lorsque ces informations sont adressées par télétransmission, elles doivent au préalable être chiffrées. Elles sont alors transmises après apposition de sa signature électronique par le destinataire de la demande conformément aux dispositions du décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du code civil.

Les opérations auxquelles la commission doit procéder pour exploiter les informations reçues par télétransmission sont régies par les dispositions du chapitre III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Lorsque ces informations sont rendues accessibles sous la forme d'un accès Extranet à une base de données, il est attribué à cet effet, et pour une durée déterminée, un code d'accès aux membres désignés en application du premier alinéa.

Le formulaire prévu à l'article R.1142-13 comporte une mention précisant au demandeur que les informations qu'il transmet à la commission régionale ou interrégionale peuvent être communiquées à la commission nationale pour l'accomplissement de ses missions.

Les informations communiquées sont utilisées et conservées dans des conditions de lieu ou de support préservant leur confidentialité, sous la responsabilité de la commission nationale. Seuls peuvent y accéder les membres de la commission dans des conditions arrêtées par le président, après avis de la commission.

Les membres de la commission ne peuvent en aucun cas utiliser ou divulguer les informations ainsi recueillies à d'autres finalités que celles ayant justifié leur collecte et leur conservation. La responsabilité du fournisseur de ces informations n'est pas engagée par l'utilisation qu'en fait la commission nationale ou ses membres.

Après écoulement du délai nécessaire pour atteindre ces finalités, les informations précitées sont, au choix de l'expéditeur, restituées à ce dernier ou détruites.

TROISIÈME PARTIE

PROPOSITIONS DE LA CNAMed

Soucieuse de l'amélioration du dispositif de règlement amiable mis en place par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la Commission nationale des accidents médicaux souhaite rappeler les propositions qu'elles a formulées dans ses rapports précédents et qui, à ce jour, n'ont pas encore reçu de réponse même partielle.

Proposition 1 : faire coïncider la période couverte par les rapports de la CNAMed avec celle des rapports de l'ONIAM (Parlement)

Afin de permettre une meilleure comparaison entre les constats réalisés par la CNAMed et l'ONIAM sur le fonctionnement des CRCI, la CNAMed avait suggéré de faire coïncider la période couverte par son rapport avec celle des rapports de l'ONIAM, afin de permettre une analyse comparable des données recueillies sur le fonctionnement des CRCI et ainsi de mieux agir sur les facteurs de blocage ; cette proposition lui semble toujours devoir être prise en compte.

Proposition 2 : harmoniser les conditions d'accès aux CRCI et l'évaluation des postes de préjudices des victimes (Gouvernement)

Pour y parvenir, la CNAMed soulignait l'intérêt qui s'attachait à utiliser les mêmes postes de préjudices pour faciliter le travail de l'expert, depuis qu'elle avait recommandé aux CRCI de recourir à la nomenclature Dintilhac, d'ailleurs adoptée largement par l'ONIAM, les assureurs et la justice.

Elle estime donc important que le décret d'application de l'article 112 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'amélioration des procédures soit publié dans les meilleurs délais.

Proposition 3 : faciliter l'accès des membres de la CNAMed aux avis des CRCI couverts par le secret médical (Gouvernement)

Les textes donnent à la CNAMed mission de formuler des propositions visant à une application homogène du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, notamment au vu de l'analyse des avis rendus par les CRCI. La CNAMed a donc proposé qu'elle puisse y accéder, même pour les données couvertes par le secret médical.

L'article 112 de la loi précitée du 12 mai 2009 renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer les conditions de cet accès, afin de préserver la confidentialité à l'égard des tiers : la CNAMed, qui s'est prononcée sur un projet de décret (*cf.* deuxième partie du présent rapport, § II.4), souhaite qu'il fasse l'objet d'une publication rapide.

Proposition 4 : pérenniser la possibilité d'inscrire sur la liste nationale des experts en accidents médicaux des praticiens qui ne sont pas déjà inscrits sur une liste d'experts judiciaires, mais justifient d'une formation et d'une pratique expertale en accidents médicaux (Parlement, Gouvernement)

Cette proposition permettrait de puiser dans un plus vaste vivier pour inscrire des experts notamment dans des disciplines nouvelles.

Cette proposition a été reprise par le rapport de la mission d'information commune sur l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales et l'accès au dossier médical enregistré à l'Assemblée nationale le 8 juillet 2009. Elle figure, par ailleurs, parmi les dispositions d'une proposition de loi tendant à renforcer l'effectivité du droit d'accès au dossier médical et à rendre plus juste le régime d'indemnisation des dommages subis à l'occasion d'un acte médical, enregistrée à l'Assemblée nationale le 24 février 2010.

Le Président de la CNAMed est intervenu auprès du Premier ministre et a pu exposer ce souhait à son Cabinet.

Proposition 5 : ne permettre la désignation par les CRCI que des experts inscrits sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, sous réserve d'une disposition transitoire de l'ordre de deux ans (Gouvernement, Parlement)

Cette proposition, seule à même de permettre d'inscrire sur la liste nationale d'avantage d'experts dont l'examen des dossiers par la CNAMed garantira la qualité, la compétence et l'indépendance, devrait être adoptée dès lors que la proposition 4 serait entrée en vigueur.

Proposition 6 : donner valeur normative aux recommandations émises par la CNAMed sur les pratiques à respecter, après concertation avec les CRCI (Gouvernement, Parlement)

Il apparaît indispensable à la CNAMed de parvenir à une harmonie dans les modalités de fonctionnement et les avis des CRCI, afin d'assurer une plus grande équité pour les victimes. Les recommandations de la CNAMed devraient revêtir, pour ce faire, une plus grande force.

Proposition 7 : mieux accompagner les victimes, notamment en leur permettant de recourir à l'assistance de conseils médicaux ou juridiques souvent prévue dans les contrats d'assurance

Cette mesure pourrait permettre aux victimes, notamment à faible revenu, de mieux défendre leur droit, en particulier lors des expertises.

LE MOT DU PRÉSIDENT

Comme le précédent, ce rapport porte la marque du renouvellement tardif de la composition de la commission nationale. En effet, ce n'est que par arrêté du 8 février 2010 qu'a été fixée la nouvelle composition. Cependant, la commission s'est, non seulement mise aussitôt au travail, mais a également tenu à respecter strictement la volonté du législateur d'établir un rapport annuel. Celui-ci est nécessairement plus bref, mais il témoigne aussi du dynamisme de la nouvelle équipe tardivement constituée.

La simple lecture de ce rapport montre clairement que les travaux initiés antérieurement ont été poursuivis avec continuité, mais aussi développés notablement. Des chantiers nouveaux ont été ouverts. Ainsi, la loi prévoyant que les experts choisis par la CNAMed le sont pour cinq ans, il y a eu lieu à renouvellement des premiers nommés et cela avec les mêmes garanties que, dès l'origine, la commission nationale avait élaborées.

Compte tenu de l'expérience après plusieurs années, il était également indispensable de disposer d'informations pertinentes sur la qualité des expertises déjà réalisées. C'est pourquoi a été élaboré un document analysant les critères à retenir pour l'évaluation de chaque expertise. Cette grille d'évaluation permettra aux présidents des CRCI de disposer d'éléments objectifs dont la synthèse est indispensable pour que la CNAMed puisse elle-même, comme l'a voulu le législateur, procéder à l'harmonisation du dispositif d'ensemble.

Dans le même esprit, la commission nationale s'est attachée à répondre à la demande du ministère de la santé relative à la transmission des données médicales nécessaires à l'exercice des missions que la loi lui a, dès l'origine, confiées. On l'a vu, le législateur a complété le dispositif initial, le 12 mai 2009, en prévoyant qu'un décret en conseil d'Etat définirait les conditions de la transmission de telles données, tout en en garantissant la confidentialité. Cette concertation a été d'autant plus active qu'elle a également associé l'ONIAM.

La nécessaire continuité du service public impliquait également que fussent reprises les propositions de modification de textes législatifs ou réglementaires indispensables à l'amélioration du fonctionnement du dispositif. On trouvera dans la troisième partie de ce rapport le rappel de ces propositions passées. Toutes ont leur justification. Cependant, je désirerais souligner tout particulièrement la proposition n° 4 qui ne comporterait aucun coût financier, mais permettrait d'accroître sensiblement le nombre des experts figurant sur la liste nationale et, notamment, de nommer des experts dans des disciplines mal représentées actuellement. Les experts judiciaires pourraient, comme aujourd'hui, figurer sur la liste nationale, mais la commission pourrait nommer également d'autres candidats remplissant toutes les conditions requises en matière d'accidents médicaux.

Bref, on l'aura compris, l'ensemble des acteurs en charge du dispositif généreux que la loi a institué en faveur des victimes d'accidents médicaux a conscience qu'il convient de le faire vivre pleinement. A cette fin, le goût de l'action et l'enthousiasme des serviteurs de la loi sont un gage de succès.

REMERCIEMENTS

La nouvelle équipe composant la CNAMed réunit, comme la précédente, de grandes compétences, juridiques, administratives et médicales. Chacune de ces personnalités, bien que chargée professionnellement, apporte son concours actif au développement de ce secteur nouveau du droit ouvert par le législateur. Je tiens à rappeler, à un moment où beaucoup demandent à l'Etat tout en lui donnant peu, que les fonctions à la commission nationale sont exercées bénévolement par ses membres.

J'exprime à chacun des membres de la commission nationale ma reconnaissance et mon admiration pour le travail accompli. Cependant, si chacun mérite pleinement ce témoignage, je tiens à souligner combien l'œuvre accomplie doit à l'inlassable énergie et à l'important investissement intellectuel de Madame le docteur HUGUES-BÉJUI et de M. le Professeur LIENHART, vice-président de la commission. Tant dans la première formation que dans la seconde, ils ont permis de réaliser les avancées que comportait ce chapitre nouveau du droit des malades.

Ce propos se doit également d'exprimer la gratitude qui s'impose à l'égard des interlocuteurs privilégiés que constituent l'ONIAM et son directeur, M. Dominique MARTIN, mais aussi les présidents de CRCI. Chacun détient une part essentielle dans le succès de la réforme. La commission nationale a veillé à maintenir - ce qui est au cœur de sa mission - une cohésion optimale entre les diverses entités créées par le législateur, afin que le service public nouveau réponde à l'attente de ses créateurs, comme des citoyens.

Enfin, un hommage particulier doit être rendu au secrétariat de la CNAMed constitué au sein de la direction générale de la santé. Cette équipe, peu nombreuse mais talentueuse, assume un travail juridique et administratif considérable. Animée par M. Jacques CERDA, conseiller d'administration doté d'une solide et vaste expérience au service du droit, elle comprend également Mme Edith CHARBONNIER et Mme Nicole ROCHER dont le dévouement au service public a permis de compenser la modestie des moyens dont dispose la commission.

Que chacun de ceux qui, à un titre ou à un autre, apportent leur concours au développement de cette branche nouvelle du droit social et sanitaire de notre pays, trouve ici le témoignage de la réelle gratitude qui leur est due.


Dominique LATOURNERIE
Président de la Commission nationale des accidents médicaux

ANNEXES

ANNÉE 2009-2010

Annexe n° 1 : Formulaire-type du rapport annuel des CRCI à la CNAMed¹

Période de référence des données :

→ entre le 1^{er} mai de l'année 2009 et le 30 avril de l'année 2010.

① Données sur le fonctionnement

1.1 - Composition de la commission²

1.2 - Mise en place administrative (pôle interrégional)

1.2.1 - Personnel

1.3 - Nombre annuel de réunions

1.4 - Nombre annuel de dossiers traités en séance³

1.5 - Nombre des membres présents (moyenne)

② Dossiers reçus

2.1 - Nombre de dossiers reçus (données annuelles)

⇒ Notion de « dossier » : un dossier correspond aux demandes résultant de l'accident médical de la victime directe (survivante ou décédée); il peut donc correspondre à la demande d'indemnisation formulée par la victime directe et éventuellement par les victimes indirectes (lorsque la victime directe est survivante) ou par les ayants droit (victime directe décédée).

2.1.1 - Au titre de l'indemnisation d'un accident médical⁴

2.1.1.1 - Par voie de règlement amiable

2.1.1.2 - Par voie de conciliation⁵

2.1.2 - Au titre d'un autre litige⁶

2.1.3 - Délai moyen entre le premier enregistrement de la demande et celui de la demande complète⁷ (au titre de l'indemnisation)

2.1.4 - Nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une double saisine de la commission et du juge⁸

2.2 - Expertises « préalables » (article R.1142-14)

2.2.1 - Nombre de demandes pour lesquelles une expertise préalable a été nécessaire

2.2.2 - Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond⁹

¹ Il est recommandé de ne porter les données chiffrées que dans le fichier joint à l'envoi par courriel, de format Excel, réservant au rapport écrit les remarques factuelles relatives à ces chiffres ou au fonctionnement des CRCI.

² Les items écrits en lettres italiques nécessitent un relevé manuel.

³ Un même dossier est compté à chaque fois qu'il est examiné en séance par la commission.

⁴ La valeur indiquée en 2.1.1 est égale au total des valeurs indiquées en 2.1.1.1 et 2.1.1.2

⁵ Demandes initiales de conciliation (les demandes faisant suite à une conclusion négative sont recensées au chapitre ④).

⁶ Mise en cause de droits dont la personne malade est titulaire dans ses relations avec les professionnels et/ou les établissements de santé (par exemple : accès au dossier médical).

⁷ Au sens du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives.

⁸ Que la procédure, incluant les référés, soit en cours ou terminée.

⁹ La valeur indiquée en 2.2.2 est égale au total des valeurs indiquées en 2.2.3.1.1, 2.2.3.1.2, 2.2.3.2.1, 2.2.3.2.2, 2.2.3.2.3, 2.2.3.3.1, 2.2.3.3.2 et 2.2.3.4

2.2.3 - Motif de la conclusion négative sans expertise au fond¹⁰ :

2.2.3.1 - Constat de :

2.2.3.1.1 - Abandon (implicite)¹¹

2.2.3.1.2 - Désistement (explicite)

2.2.3.2 - Irrecevabilité pour :

2.2.3.2.1 - Défaut de production de pièces requises (article R.1142-13, al. 3 et 4)

2.2.3.2.2 - Absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic

2.2.3.2.3 - Défaut de qualité à agir

2.2.3.3 - Incompétence due à :

2.2.3.3.1 - Date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001

2.2.3.3.2 - Seuil de gravité non atteint

2.2.3.4 - Rejet sans expertise au fond pour absence manifeste de lien avec l'acte en cause

2.2.4 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative sans expertise au fond

2.3 - Expertises au fond

2.3.1 - Nombre d'expertises au fond (hors dossiers ayant nécessité une réouverture) :

2.3.1.1 - Nombre avec collègue d'experts (hors sapiteurs)

2.3.1.2 - Nombre avec expert unique (hors sapiteurs)

2.3.2 - Autres données

2.3.2.1 - Nombre d'experts missionnés (hors sapiteurs)¹²

2.3.2.2 - *Nombre d'experts missionnés hors liste des experts en accidents médicaux ou liste des experts judiciaires (article L.1142-12, al. 2)*

2.3.2.3 - Nombre d'expertises avec recours à un « sapiteur » (article L.1142-12, al. 7)

2.3.2.4 - Domaine de compétence

2.3.2.4.1 - Des experts missionnés^{13,14}

2.3.2.4.2 - Des sapiteurs (si disponible)

2.3.2.5 - Délais :

2.3.2.5.1 - *Délais demandés*

2.3.2.5.2 - Délais de réponse (moyenne)

2.3.2.6 - Nombre d'expertises complémentaires ou de nouvelles expertises

2.3.2.7 - Comparaison des numéros du département du lieu de l'accident médical¹⁵ et de l'adresse de l'expert¹⁶ :

2.3.2.7.1 - Nombre d'experts d'un autre département

2.3.2.7.2 - Nombre d'experts du même département

¹⁰ En cas de motifs multiples, n'en donner qu'un, considéré comme principal : le total des catégories du 2.2.3 est égal à la valeur du 2.2.2.

¹¹ Silence du demandeur ou retour du courrier « NPAI ».

¹² Un même expert désigné plusieurs fois est compté autant de fois qu'il est désigné (2.3.2.1, 2.3.2.2 et 2.3.2.3).

¹³ Sauf impossibilité, utiliser pour cette liste les intitulés de la Commission nationale des accidents médicaux.

¹⁴ Le total des catégories est égal à la valeur du 2.3.2.1.

¹⁵ Si plusieurs lieux de soins successifs sont en cause, ce numéro est par convention celui du premier.

¹⁶ Professionnelle ou, à défaut, personnelle.

③ Suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond

3.1 - Demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond :

3.1.1 - Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond¹⁷

3.1.2 - Motif de la conclusion négative après expertise au fond¹⁸ :

3.1.2.1 - Constat de :

3.1.2.1.1 - Abandon (implicite)¹⁹

3.1.2.1.2 - Désistement (explicite)

3.1.2.2 - Irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic

3.1.2.3 - Incompétence due à :

3.1.2.3.1 - Date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001

3.1.2.3.2 - Seuil de gravité non atteint

3.1.2.4 - Rejet après expertise au fond pour :

3.1.2.4.1 - Absence de lien avec l'acte en cause

3.1.2.4.2 - Accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa)

3.1.3 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond

3.2 - Demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond

3.2.1 - Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond²⁰

3.2.2 - Critère de gravité pris en compte²¹ :

3.2.2.1 - Décès

3.2.2.2 - Taux d'IPP

3.2.2.3 - Incapacité temporaire de travail

3.2.2.4 - Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle :

3.2.2.4.1 - Inaptitude définitive à l'emploi précédent (article D.1142-1, 1°)

3.2.2.4.2 - Troubles dans les conditions d'existence (article D.1142-1, 2°)

3.2.3 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond

3.2.4 - Part indemnisable :

3.2.4.1 - Nombre d'avis d'indemnisation totale

3.2.4.2 - Nombre d'avis d'indemnisation partielle

3.2.4.2.1 - En raison de l'état de santé antérieur

3.2.4.2.2 - En raison d'une perte de chance

3.2.4.2.3 - En raison d'une association des deux

3.2.5 - Régime d'indemnisation :

3.2.5.1 - Responsabilité :

3.2.5.1.1 - Accident médical fautif

3.2.5.1.2 - Infection nosocomiale avec IPP ≤ 25 %

¹⁷ La valeur indiquée en 3.1.1 est égale au total des valeurs indiquées en 3.1.2.1.1, 3.1.2.1.2, 3.1.2.2, 3.1.2.3.1, 3.1.2.3.2, 3.1.2.4.1 et 3.1.2.4.2

¹⁸ En cas de motifs multiples, n'en donner qu'un, considéré comme principal : le total des catégories du 3.1.2 est égal à la valeur du 3.1.1.

¹⁹ Cf. note 9.

²⁰ La valeur indiquée en 3.2.1 est égale :

1°) au total des valeurs indiquées en 3.2.2.1, 3.2.2.2, 3.2.2.3, 3.2.2.4.1 et 3.2.2.4.2

2°) au total des valeurs indiquées en 3.2.4.1, 3.2.4.2.1, 3.2.4.2.2 et 3.2.4.2.3

3°) au total des valeurs indiquées en 3.2.5.1.1, 3.2.5.1.2, 3.2.5.1.3, 3.2.5.1.4, 3.2.5.1.5, 3.2.5.2.1, 3.2.5.2.2, 3.2.5.2.3, 3.2.5.2.4, 3.2.5.2.5, 3.2.5.3.1 et 3.2.5.3.2)

²¹ En cas de critères multiples, ne donner par convention que le premier dans l'ordre indiqué : le total des catégories du 3.2.2 est égal à la valeur du 3.2.1.

3.2.5.1.3 - Infection nosocomiale avant la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002

3.2.5.1.4 - Produit défectueux

3.2.5.1.5 - Recherche biomédicale (article L.1121-10, al. 1)

3.2.5.2 - Solidarité :

3.2.5.2.1 - Accident médical non fautif

3.2.5.2.2 - Infection nosocomiale avec IPP > 25 %

3.2.5.2.3 - Infection nosocomiale au titre de l'article L.1142-1, II (cause étrangère)

3.2.5.2.4 - Intervention hors du champ habituel de l'activité (article L.1142-1-1, 2°)

3.2.5.2.5 - Recherche biomédicale (articles L.1121-10, al. 2 et L.1142-3, al. 2)

3.2.5.3 - Partage entre responsabilité et solidarité :

3.2.5.3.1 - Nombre avec un régime prépondérant (renseigner avec celui-ci les mêmes catégories qu'aux 3.2.5.1 et 3.2.5.2)

3.2.5.3.2 - Nombre sans régime prépondérant

3.3 - Ensemble des dossiers ayant donné lieu à une conclusion :

3.3.1 - Nombre²²

3.3.2 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion, positive ou négative et, dans ce dernier cas, sans expertise au fond ou après celle-ci

3.4 - Dossiers ayant nécessité une réouverture²³ :

3.4.1 - Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture²⁴ :

3.4.1.1 - Pour consolidation

3.4.1.2 - Pour fait nouveau

3.4.1.3 - Pour aggravation

3.4.2 - Nombre d'expertises en consolidation et en aggravation demandées²⁵

④ Conciliations

4.1 - Objet de la conciliation :

4.1.1 - Nombre de demandes concernant une indemnisation²⁶

4.1.2 - Nombre de demandes concernant un autre litige²⁷

4.2 - Nombre de demandes de conciliation concernant une indemnisation²⁸ :

4.2.1 - Demandes transmises à un autre organisme

4.2.2 - Demandes traitées par l'ensemble de la commission

4.2.3 - Demandes traitées par un ou plusieurs membres de la commission

4.2.4 - Demandes traitées par un ou plusieurs médiateurs extérieurs

4.3 - Nombre de procédures de conciliation closes :

4.3.1 - Non-conciliations

4.3.2 - Conciliations partielles

4.3.2 - Conciliations totales

²² Ce nombre est égal à la somme du 2.2.2, du 3.1.1 et du 3.2.1.

²³ Si la conclusion « provisoire » est intervenue durant la période considérée, il convient de la compter également au 3.1 ou au 3.2.

²⁴ Si ce nombre n'a pas été répertorié, ne renseigner que le 3.4.2.

²⁵ Ces expertises ne sont pas comptées au 2.3.1.

²⁶ Aux demandes initiales de conciliation formulées au titre de l'indemnisation (cf. 2.1.1.2) s'ajoutent celles succédant à la conclusion négative d'une demande formulée à ce titre.

²⁷ Cf. note 6.

²⁸ Le total des catégories du 4.2 est égal à la valeur du 4.1.1.

⑤ Rapport

5.1 - Analyse des demandes

5.1.1 - « Qualité » des demandes :

= compréhension du dispositif par les demandeurs, fréquence des pièces complémentaires à solliciter, recours à des intermédiaires, aide apportée par la commission pour établir le dossier,...

5.1.2 - Appréciation des formulaires

5.2 - Analyse des expertises

5.2.1 - Difficultés de recrutement des experts (domaine de compétence, compétence en réparation du dommage corporel, éloignement géographique, ...)

5.2.2 - Contenu - type de la mission d'expertise

5.2.3 - Appréciation des rapports d'expertise remis (avec un ou deux exemples)

5.2.4 - Nécessité d'un complément d'expertise

5.2.5 - Respect des délais

5.3 - Recours au barème

Difficultés rencontrées par les experts pour évaluer les dommages en utilisant le barème

5.4 - Analyse des avis

5.4.1 - Critères de gravité retenus

5.4.1.1 - Si IPP, taux

5.4.1.2 - Si ITT, durée

5.4.1.3 - Autre critère (conséquences sur la vie privée ou professionnelle)

5.4.2 - Faute, aléa, partage faute / aléa, infection nosocomiale grave ou intervention hors champ

5.4.3 - Existence d'un plan - type des avis ? Définition des chefs de préjudice ?

5.4.4 - Problèmes juridiques d'interprétation des textes

5.4.5 - Respect du délai de 6 mois

5.5 - Suivi des avis

5.5.1 - Transactions

5.5.2 - Hypothèses de substitution de l'office

5.5.3 - Analyse des recours contentieux connus

5.6 - Autres questions

Annexe n° 2 : Données quantitatives des CRCI 2009-2010

A	B	C	D	E			H	I	J
				Dossiers reçus					
Région	réunions	dossiers traités	présents	indemn	amiable concil	autre litige	délai / complet (j)	double saisine	exp préalable
	1.3	1.4	1.5	2.1.1.1	2.1.1.2	2.1.2	2.1.3	2.1.4	2.2.1
Alsace	5	84	14	94			21	15	
Aquitaine	12	264	15	230	1		55	13	
Auvergne	6	85	15	67			18	1	
Basse-Normandie	4	67	15	74			71	1	2
Bourgogne	10	131	14	98			21		
Bretagne	8	152	14	145			75	10	1
Centre	5	96	14	96			37	3	3
Champagne-Ardenne	5	74	14	82			23	8	
Corse	2	20	8	14			35		
Franche-Comté	4	85	13	57			24	3	
Haute-Normandie	5	90	12	100			82	4	
Île-de-France	31	701	12	742	5		34	58	2
Languedoc-Roussillon	12	260	13	179	12		37	13	
Limousin	5	76	13	52			46	1	
Lorraine	10	177	15	188			20	13	
Midi-Pyrénées	11	201	15	178			50	5	
Nord - Pas-de-Calais	10	229	10	211	20		45	8	16
Pays de la Loire	6	131	16	131			62	5	1
Picardie	5	96	12	101	13		36	6	4
Poitou-Charentes	7	112	13	86			39	6	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22	531	12	386	30		32	32	
Rhône-Alpes	11	550	13	395	1		23	16	1
Total métropole		4212		3706	82	0		221	30
<i>moyenne, pondérée</i>	9		13				37,6		
<i>et écart-type</i>	7		2						
Guadeloupe-Martinique	2	49	11	34			17	4	
Guyane	1	5	10	4			34	1	
Réunion	1	15	11	13			37	3	2
Total avec DOM		4281		3757	82	0		229	32

K conclusions négatives sans expertise 2.2.2	L abandon 2.2.3.1.1	M désistement 2.2.3.1.2	N pièces 2.2.3.2.1	O absence d'acte 2.2.3.2.2	P déf qual à agir 2.2.3.2.3	Q date des faits 2.2.3.3.1	R gravité 2.2.3.3.2	S causalité 2.2.3.4	T délai (m) ccl nég ss expt 2.2.4
23			2			4	16	1	3,5
64	2	4	14	1	1	2	40		4,8
13							13		1,2
15	2				1	3	8	1	5
26	1		1				25		0,8
31	9					3	16	1	3,1
23	3	1				1	18		2,1
12						2	9	1	4,2
3			1				2		1,8
19			4			1	14		2,7
14						4	9	1	2,9
223	33	4	17	2		17	96	54	3,2
58	4	6	12	1		1	34		1,9
17			2			2	13		6,6
44			8			5	29	2	1,6
38		2	10	1	1		23	1	2,3
53	2	1	1	1		6	41	1	2,6
32	8	1				2	21		2,2
23	1		1		2		18	1	1,8
34			6	1	1	3	23		2,7
120	2	6	18	1		6	86	1	1,2
99		2	4			6	81	6	1,1
984	67	27	101	8	6	68	635	71	2,5
11			2				9		10,3
2							2		8,1
3							3		5,1
1000	67	27	103	8	6	68	649	71	

U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG
Expertises au fond 2.3.1	collège 2.3.1.1	unique 2.3.1.2	% collège	experts 2.3.2.1	hors listes 2.3.2.2	% hors listes	sapiteur 2.3.2.3	délai dmd 2.3.2.5.1	réel 2.3.2.5.2	compl ou nv 2.3.2.6	% autre expt	% autre dépt
95	66	29	69%	165	11	7%	3	3	4,1	15	16%	100%
172	104	68	60%	282	28	10%	7	3	5	7	4%	99%
59	11	48	19%	70	2	3%	4	3	3,9	2	3%	100%
74	27	47	36%	101	11	11%	3	3	5,8	3	4%	99%
81	19	62	23%	102	7	7%	4	3	4,5	17	21%	100%
152	52	100	34%	207	21	10%	3	3	5,6	11	7%	98%
80	28	52	35%	108	9	8%	4	3	4,2	3	4%	99%
97	65	32	67%	168	5	3%		3	3,6	18	19%	100%
12	4	8	33%	16	14	88%	1	3	5,4	1	8%	100%
74	42	32	57%	120	9	8%		3	3,2	17	23%	100%
103	36	67	35%	142	24	17%	3	3	4,1	9	9%	96%
678	379	299	56%	1098	36	3%	3	4	5,5	19	3%	79%
167	52	115	31%	222	34	15%	9	3	4,7	15	9%	99%
37	19	18	51%	56	2	4%	2	3	6,3	3	8%	100%
167	82	85	49%	253	19	8%	3	3	4,1	25	15%	100%
114	72	42	63%	189	17	9%	4	3	5,2	6	5%	98%
179	98	81	55%	284	9	3%	6	3	4,2	9	5%	99%
144	62	82	43%	208	22	11%	9	3	5,2	7	5%	100%
77	31	46	40%	114	0	0%	2	3	4,6	5	6%	99%
65	40	25	62%	105	2	2%	2	3	4,2	5	8%	100%
305	79	226	26%	386	67	17%	18	3	4,9	37	12%	99%
355	106	249	30%	469	35	7%	9	3	4,8	34	10%	98%
3287	1474	1813		4865	384		99			268		94%
			45%			8%		3,0	4,8		8%	
								0,2	0,8			
31	13	18	42%	44	4	9%		3	3,3	1	3%	95%
5	2	3	40%	7	0	0%		3	2,5	1	20%	100%
12	2	10	17%	14	2	14%	1	3	7	0	0%	43%
3335	1491	1844		4930	390		100			270		

AH conclusions négatives après expertise 3.1.1	AI Abandon 3.1.2.1.1	AJ Désistement 3.1.2.1.2	AZK Absence d'acte 3.1.2.2.2	AL Date des faits 3.1.2.3.1	AM Gravité 3.1.2.3.2	AN Causalité 3.1.2.4.1	AO Ni ni 3.1.2.4.2	AP délai (m) ccl nég + expt 3.1.3
36	1	1	1		13	18	2	11,6
71		1		1	24	39	6	13,2
42		2			4	30	6	7
28					12	8	8	16
41		1			14	25	1	6,5
56	1	3		1	13	15	23	17,4
37		1	2	1	7	19	7	9,3
27			2		8	15	2	10,2
6					5	1		10
23					8	14	1	14,4
30		1		1	9	9	10	16,2
220	5	6			78	74	55	13,9
87		1			35	35	16	8,6
21	1				10	9	1	12
67		1	2		16	45	3	8
65		1		1	25	36	2	14,7
64		3	1		25	28	7	8,8
46	1	1			20	5	19	16,9
31					9	18	4	10,3
32	1	2			11	16	2	10
201	2	7			78	80	34	10,1
171	2	2			31	108	28	7,2
1402	14	34	8	5	455	647	237	11,1
10					2	6	2	20,1
5					2	1	2	11,8
1417	14	34	8	5	459	654	241	

conclusions positives après expertise	AR décès	AS IPP	AT ITT	AU emploi	AV existence	AW délai (m) ccl pos + expt	AX Indemn totale	AY état ant	AZ perte de chance	BA les deux
3.2.1	3.2.2.1	3.2.2.2	3.2.2.3	3.2.2.4.1	3.2.2.4.2	3.2.3	3.2.4.1	3.2.4.2.1	3.2.4.2.2	3.2.4.2.3
20	2	6	11		1	11,4	20			
88	14	23	22	4	25	11,6	62	21	1	4
21	3	4	9	1	4	7,3	17	3		1
21	3	8	8		1	15,5	12	2	6	
26	7	3	13		3	9,9	18	1	3	4
47	7	12	15		6	16,6	32	2	12	
23	3	5	11		3	6,2	12	5	3	2
24	6	5	10		3	9	15	5	4	
8	2	1	3		2	9,8	7		1	
30	6	6	16	1	1	10,5	24	2	4	
38	8	4	18		7	15	25	4	8	1
224	45	56	74	2	47	13,9	168	13	43	
62	16	16	13		17	8,8	45	7	9	1
29	7	5	10		7	11,8	17	9		3
49	12	11	19		7	8,1	34	12	3	
67	15	16	20	4	12	9,7	47	15	1	4
81	24	16	26	1	12	6,4	51	14	10	6
35	3	4	19		9	15,9	32		1	
34	7	9	11	1	5	6,8	24	2	5	3
33	5	4	17	2	5	9,1	25	6		2
127	32	22	36		37	10,4	98	12	17	
128	16	30	71		11	8,7	94	19	15	
1215	243	266	452	16	225	10,8	879	154	146	31
24	3	8	6		7	18,6	21		3	
2			2			26	2			
5	1	1	2		1	13,5	5			
1246	247	275	462	16	233		907	154	149	31

BB	BC	DD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP
Acc faut	noso	noso	prod défaut	Aléa	noso	noso	Hors champ	Recherche	Partage	Acc faut	noso	Aléa	noso	Partage
3.2.5.1.1	< 25%	av 12/02	3.2.5.1.4	3.2.5.2.1	> 25%	étrang	3.2.5.2.4	3.2.5.2.5	3.2.5.33.1.1.13.1.1.23.1.2.13.1.2.2	3.2.5.3.2
5	2			10	2				1	1				
24	15			39	6	1			2	1		1		1
2	1	1		15					1	1				1
7	3			9	3									
11	3			8	1				1	1				2
18	5			20	1									
13	1			9										
10	5			6	2				1			1		
4	1			3										
12	2			13	3									
16	5			17										
96	32	1	1	77	12				2	1		1		3
13	10		1	29	5				1					3
6	8			12	2									1
15	9			17	2				5	5				1
13	8			40	2				4	1		3		
29	12		1	25	9				5	1		2		2
9	10			14		2								
11	5			15					1	1				
9	4			16	3									1
35	23			52	9	1								7
29	22			67	6				2	1		1		2
387	186	2	3	513	68	4	0	0	26	14	0	9	0	24
16				7					1	1				
1				1										
2	1			2										
406	187	2	3	523	68	4	0	0	27	15	0	9	0	24

BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE
Toutes	délai	consolid.	fait nv	aggrav	expt	concil	autre litige	transmission	commission	membre	extérieur	non-concil	partielle	totale
concl	(m)	3.4.1.1	3.4.1.2	3.4.1.3	3.4.2	4.1.1	4.1.2	4.2.1	4.2.2	4.2.3	4.2.4	4.3.1	4.3.2	4.3.3
79	8	5			8	4			4			4		
223	10	8		3	11	10				7	3	5	1	1
76	6	4		1	5	3			3			2		
64	12,5				3	6					6	3		
93	5,9	8		2	10	6			4	2				1
134	13,7				5	7					7	3	1	2
83	5,3	6			6	5					5	3		
63	7,2	2		3	7	2			2			1		
17	7,8	1												
72	9,4	7		1	13	3			3			3		
82	12,5				5	3					3	1	1	
667	10	24		6	30	73					73	45		9
207	6,9	9	5	3	11	12			9		3	6		
72	9,8	1		1	2	3				3		2		
160	6	6			6	6			6			6		
170	8,5	7		4	11	10				4	6	1		
199	5,4	17		3	20	20					20	13	1	2
113	12,7				2	10					10	7		2
88	5,5	7		1	8	13					13	9	2	1
99	6,9	3		1	4	5				5		2		
448	7,3	23	4	4	26	30		1		22	7	26		1
398	6,2	43	8	4	47	14			8		6	5		1
3607		181	17	37	240	245	0	1	39	43	162	147	6	20
	8,3													
45	15,3	1			1	1			1			1		
4	17,0													
13	11					2				1	1			
3669		182	17	37	241	248	0	1	40	44	163	148	6	20

Légende du tableau (les numéros renvoient à ceux de l'annexe n° 1)

A	Région
B	Nombre de réunions durant l'année considérée
C	Nombre annuel de dossiers traités en séance
D	Nombre moyen de présences par réunion
E	Nombre total de demandes d'indemnisation amiable (1 dossier = 1 victime de soins)
F	Nombre total de demandes (initiales) de conciliation (à l'exclusion de celles faisant suite à une conclusion négative)
G	Nombre total de demandes de conciliation pour un autre litige que l'indemnisation
H	Délai (jours) entre l'enregistrement de la première demande et celle du dossier complet
I	Nombre de doubles saisines connues
J	Nombre d'expertises préalable
K	Nombre de conclusions négatives sans expertise au fond
L	Nombre de conclusions négatives sans expertise au fond au motif d'un constat d'abandon de la procédure
M	Idem, au motif d'un constat de désistement
N	Idem, au motif d'une irrecevabilité pour défaut de pièce demandée
O	Idem, au motif d'une irrecevabilité pour absence d'acte de diagnostic, de soins ou de prévention
P	Idem, au motif d'un défaut de qualité à agir
Q	Idem, au motif d'une incompétence pour date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001
R	Idem, au motif d'un seuil de gravité manifestement non atteint
S	Idem, au motif d'un rejet pour défaut de lien de causalité
T	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion négative sans expertise
U	Nombre d'expertises au fond demandées
V	Nombre d'expertises au fond avec collège d'experts
W	Nombre d'expertises au fond avec expert unique
X	Pourcentage d'expertises au fond collégiales
Y	Nombre d'experts désignés
Z	Nombre d'experts hors listes des experts en accidents médicaux ou des experts juridiques
AA	Pourcentage d'experts désignés hors listes
AB	Nombre d'expertise ayant requis un sappeur
AC	Délai (mois) demandé aux experts
AD	Délai (mois) entre l'envoi de la mission aux experts et le retour de l'expertise
AE	Nombre d'expertises requérant un complément ou une contre-expertise
AF	Pourcentage d'expertises requérant un complément ou une contre-expertise
AG	Pourcentage d'experts exerçant dans un autre département que celui de l'accident médical
AH	Nombre de conclusions négatives après expertise au fond
AI	Nombre de conclusions négatives après expertise au fond au motif d'un constat d'abandon de la procédure
AJ	Idem, au motif d'un constat de désistement
AK	Idem, au motif d'une irrecevabilité pour absence d'acte de diagnostic, de soins ou de prévention
AL	Idem, au motif d'une incompétence pour du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001
AM	Idem, au motif d'une incompétence pour seuil de gravité non atteint
AN	Idem, au motif d'un rejet pour défaut de lien de causalité
AO	Idem, au motif d'un rejet pour accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa)
AP	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion négative après expertise
AQ	Nombre de conclusions positives après expertise au fond
AR	Caractère de gravité retenu : décès
AS	Caractère de gravité retenu : IPP
AT	Caractère de gravité retenu : ITT (si aussi IPP>24%, c'est l'IPP qui est retenue)
AU	Caractère de gravité retenu : exception = emploi (si un précédent critère existe, il prévaut : 1 seul critère)
AV	Caractère de gravité retenu : exception = existence (même remarque)
AW	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion positive après expertise
AX	Nombre d'avis d'indemnisation totale
AY	Nombre d'avis d'indemnisation partielle en raison de l'état de santé antérieur
AZ	Nombre d'avis d'indemnisation partielle en raison d'une perte de chance

BA	Nombre d'avis d'indemnisation partielle en raison d'une association des deux
BB	Régime d'indemnisation : responsabilité pour accident médical fautif
BC	Régime d'indemnisation : responsabilité pour infection nosocomiale avec IPP < 25 %
BD	Régime d'indemnisation : responsabilité pour infection nosocomiale avant décembre 2002
BE	Régime d'indemnisation : responsabilité pour produit défectueux
BF	Régime d'indemnisation : solidarité pour accident médical non fautif
BG	Régime d'indemnisation : solidarité pour infection nosocomiale avec IPP > 25 %
BH	Régime d'indemnisation : solidarité pour infection nosocomiale de cause étrangère
BI	Régime d'indemnisation : solidarité pour accident hors champ
BJ	Régime d'indemnisation : solidarité pour accident de la recherche biomédicale
BK	Partage entre responsabilité et solidarité : nombre avec régime prépondérant
BL	Régime prépondérant : responsabilité pour accident médical fautif
BM	Régime prépondérant : responsabilité pour infection nosocomiale avec IPP < 25 %
BN	Régime prépondérant : solidarité pour accident médical non fautif
BO	Régime prépondérant : solidarité pour infection nosocomiale avec IPP > 25 %
BP	Partage entre responsabilité et solidarité : nombre avec régime non prépondérant
BQ	Nombre de conclusions, positives ou négatives, sans ou après expertise au fond
BR	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion quelle qu'elle soit
BS	Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture pour consolidation
BT	Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture pour fait nouveau
BU	Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture pour aggravation
BV	Nombre d'expertises en consolidation et en aggravation demandées
BW	Nombre de demandes de conciliation pour indemnisation, initiales ou après conclusion négative
BX	Nombre de demandes de conciliation pour un autre litige que l'indemnisation
BY	Nombre de demandes transmises à un autre organisme
BZ	Nombre de demandes traitées par l'ensemble de la commission
CA	Nombre de demandes traitées par un ou plusieurs membres de la commission
CB	Nombre de recours à des médiateurs extérieurs
CC	Nombre de procédures closes par une non-conciliation
CD	Nombre de procédures closes par une conciliation partielle
CE	Nombre de procédures closes par une conciliation totale

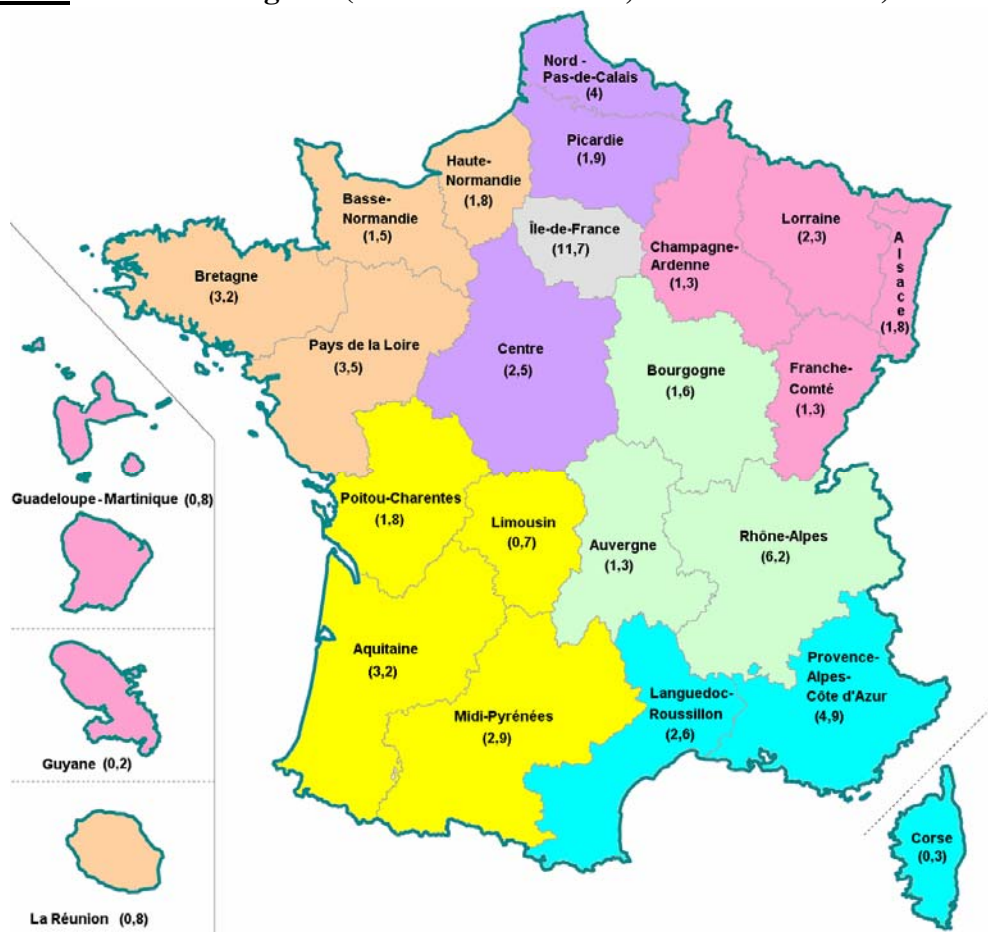
Annexe n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux

Année : 2010 2009 2008 2007 2006 2005 2004

Pôle	Ouest	Bagnolet	Nord	Bordeaux	Lyon	Sud	Nancy	Total moyenne							
1.3 Réunions (n)	23	31	20	35	27	36	24	196	191	206	188	202	192	140	
2.1.1.1 Dossiers reçus indemnisation	450	742	408	546	560	579	421	3706	3404	3534	2988	2661	3041	3241	
2.1.1.2 conciliation	0	5	33	1	1	42	0	82	11	45	24	19	57	12	
2.1.3 délai (j) complet	72,1	34,0	40,9	50,0	22,1	33,6	21,3	38	36	44	47	37	67		
2.1.4 double saisine	20	58	17	25	17	45	39	221	199	183	107	105	171	147	
2.2.1 expertise préalable	4	2	23	0	1	0	0	30	105	87	55	87	94		
2.2.2 Conclusion négative sans expertise	92	223	99	153	138	181	98	984	1213	962	679	803	711	423	
2.2.3.1.1 abandon	19	33	6	2	1	6	0	67	105						
2.2.3.1.2 désistement	1	4	2	6	2	12	0	27	61						
2.2.3.2.1 pièces manqu.	0	17	2	32	5	31	14	101	89						
2.2.3.2.2 absence d'acte	0	2	1	3	0	2	0	8	11						
2.2.3.2.3 déf qual à agir	1	0	2	3	0	0	0	6	5						
2.2.3.3.1 date des faits	12	17	7	7	6	7	12	68	102						
2.2.3.3.2 gravité	54	96	77	99	119	122	68	635	706						
2.2.3.4 causalité	3	54	2	1	6	1	4	71	123						
2.2.4 délai (m) ccl nég sans expt	3,1	3,2	2,3	3,9	1,1	1,4	2,6	2,5	2,4	2,8	2,7				
2.3.1 Expertises au fond	473	678	336	388	495	484	433	3287	2944	3273	2356	2631	2354	1192	
2.3.1.2 % collège	37%	56%	47%	61%	27%	28%	59%	45%	41%	43%	39%	27%	25%	22%	
2.3.2.1 experts	658	1098	506	632	641	624	706	4865	4223						
2.3.2.2 % hors liste	12%	3%	4%	8%	7%	18%	6%	8%	13%	18%	10%	13%			
2.3.2.3 sapiteur	18	3	12	15	17	28	6	99	84						
2.3.2.5.1 délai moyen (m)	5,2	5,5	4,3	5,0	4,6	4,8	3,8	4,8	4,7	4,7	4,6	4,4	3,9		
2.3.2.6 % complément/Nv	6%	3%	5%	5%	11%	11%	17%	8%	7%	5%	8%	10%	7%		
2.3.2.7 % autre dépt	98%	79%	99%	99%	99%	99%	100%	94%	96%						
3.1.1 Conclusion négative après expertise	160	220	132	189	254	294	153	1402	1313	1229	943	984	851	198	
3.1.2.1.1 abandon	2	5	0	2	2	2	1	14	25						
3.1.2.1.2 désistement	5	6	4	4	5	8	2	34	35						
3.1.2.2.2 absence d'acte	0	0	3	0	0	0	5	8	4						
3.1.2.3.1 date des faits	2	0	1	2	0	0	0	5	4						
3.1.2.3.2 gravité	54	78	41	70	49	118	45	455	416						
3.1.2.4.1 causalité	37	74	65	100	163	116	92	647	577						
3.1.2.4.2 ni faute ni aléa	60	55	18	11	35	50	8	237	253						
3.1.3 délai (m) ccl nég après expt	16,8	13,9	9,3	13,0	7,1	9,7	10,2	11,1	10,5	10,0	12,0				

3.2.1	Conclusion positive après expertise	141	224	138	217	175	197	123	1215	1209	1321	1097	1012	655	205	
3.2.2.1	décès	21	45	34	41	26	50	26	243	239	238	226	}	443	339	108
3.2.2.2	IPP	28	56	30	48	37	39	28	266	275	331	287				
3.2.2.3	ITT	60	74	48	69	93	52	56	452	454	474	383			365	230
3.2.2.4.1	exc: emploi	0	2	2	10	1	0	1	16	16	12	22		22	17	8
3.2.2.4.2	exc: existence	23	47	20	49	18	56	12	225	201	257	178		183	69	22
3.2.3	délai (m) ccl pos après expt	15,8	13,9	6,5	10,7	8,7	9,9	9,4	10,8	10,3	10,7	10,7		10,8		
3.2.4.1	Indemnisation totale	101	168	87	151	129	150	93	879	859						
3.2.4.2.1	Indemnisation partielle : état antérieur	8	13	21	51	23	19	19	154	171						
3.2.4.2.2	perte de chance	27	43	18	2	18	27	11	146	153						
3.2.4.2.3	les deux	1	0	11	13	5	1	0	31	17						
3.2.5.1.1	régime unique accident fautif	50	96	53	52	42	52	42	387	364						
3.2.5.1.2	/ responsabilité noso < 25%	23	32	18	35	26	34	18	186	196						
3.2.5.1.3	noso avant 12/02	0	1	0	0	1	0	0	2	8						
3.2.5.1.4	prod defect	0	1	1	0	0	1	0	3	3						
3.2.5.2.1	régime unique / solidarité: aléa	60	77	49	107	90	84	46	513	495						
3.2.5.2.2	noso > 25%	4	12	9	13	7	14	9	68	70						
3.2.5.2.3	noso étrang	2	0	0	1	0	1	0	4	3						
3.2.5.2.4	Hors champ	0	0	0	0	0	0	0	0	2						
3.2.5.2.5	Recherche	0	0	0	0	0	0	0	0	1						
3.2.5.3	partage prépondérant	0	2	6	6	4	1	7	26	39						
...5.1.1	responsabilité : accident fautif	0	1	2	2	3	0	6	14	26						
...5.1.2	noso < 25%	0	0	0	0	0	0	0	0	1						
...5.2.1	solidarité : aléa	0	1	2	4	1	0	1	9	8						
...5.2.2	noso > 25%	0	0	0	0	0	0	0	0	1						
3.2.5.3.2	partage non prépondérant	0	3	2	3	5	10	1	24	28						
3.3.1	Toutes conclusions, sans ou après expertise	393	667	370	564	567	672	374	3607	3735						
3.3.2	délai (m) toutes conclusions	13,0	10,0	5,4	9,0	6,1	7,2	7,3	8,3	7,5	8,0					
3.4.1./ 2	Dossier réouvert / réexpertisé	15	30	34	28	62	37	34	240	205						
4.1.1	Conciliation	26	73	38	28	23	42	15	245	215	216	192		259	162	
4.2.1	transmission	0	0	0	0	0	1	0	1	0						
4.2.2	commission	0	0	0	0	15	9	15	39	56						
4.2.3	membre	0	0	0	19	2	22	0	43	36						
4.2.4	extérieur	26	73	38	9	6	10	0	162	123						
4.3.1	non-concil	14	45	25	10	7	32	14	147	90						
4.3.2	partielle	2	0	3	1	0	0	0	6	5						
4.3.3	totale	4	9	3	1	2	1	0	20	11						

Annexe n° 4 : Carte des régions (millions d'habitants, source Insee 2010)

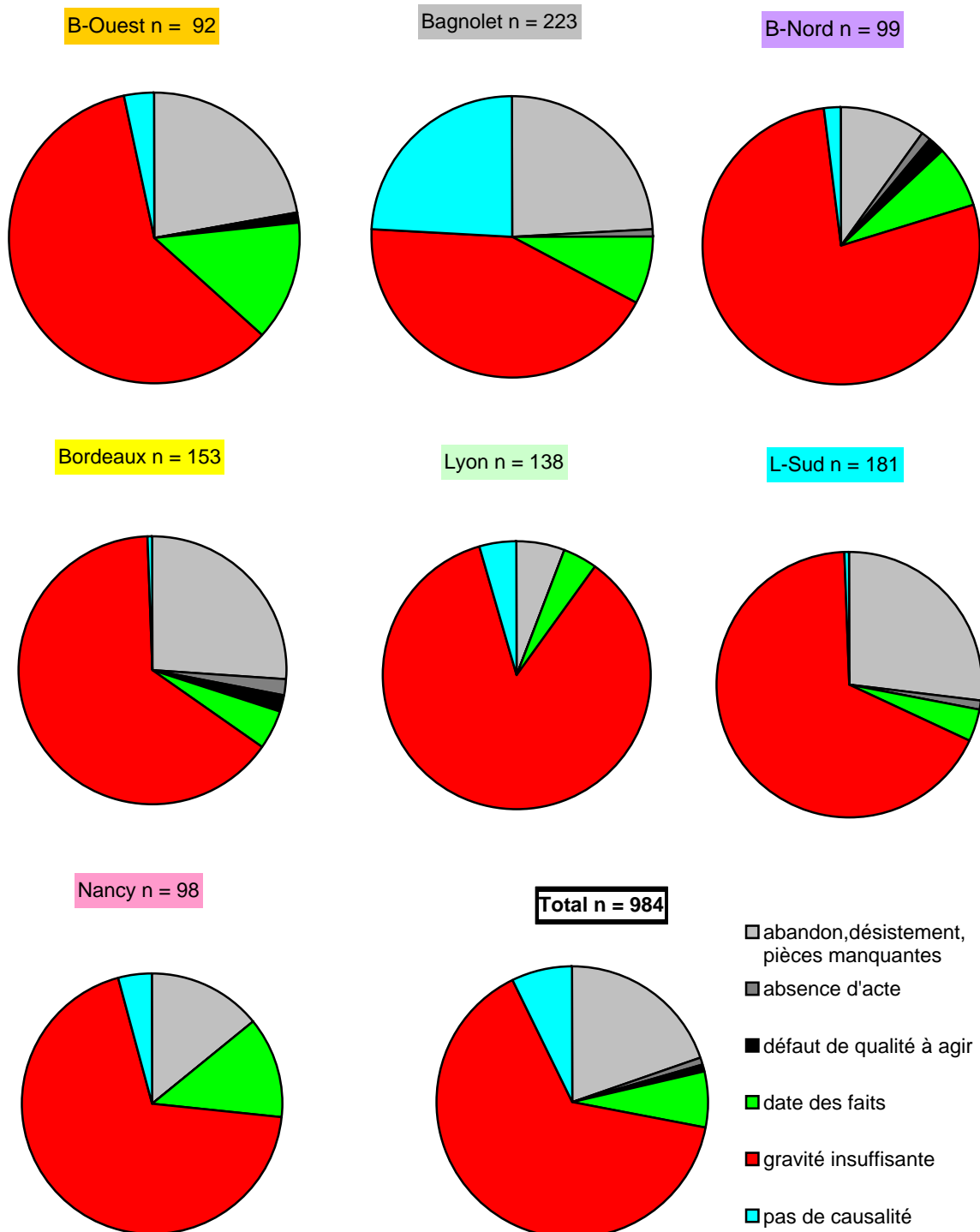


Région	Population (Insee)	Nombre de demandes (n)	Nombre de demandes (par million)
Alsace	1,847	94	50,9
Aquitaine	3,200	230	71,9
Auvergne	1,343	67	49,9
Basse-Normandie	1,467	74	50,4
Bourgogne	1,637	98	59,9
Bretagne	3,163	145	45,8
Centre	2,544	96	37,7
Champagne-Ardenne	1,336	82	61,4
Corse	0,307	14	45,6
Franche-Comté	1,168	57	48,8
Haute-Normandie	1,822	100	54,9
Île-de-France	11,746	742	63,2
Languedoc-Roussillon	2,616	179	68,4
Limousin	0,741	52	70,2
Lorraine	2,342	188	80,3
Midi-Pyrénées	2,865	178	62,1
Nord - Pas-de-Calais	4,022	211	52,5
Pays de la Loire	3,538	131	37,0
Picardie	1,906	101	53,0
Poitou-Charentes	1,759	86	48,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4,940	386	78,1
Rhône-Alpes	6,160	395	64,1
France métropolitaine	62,469	3706	59,3

Pôles interrégionaux (métropole)

B-Ouest	10
Bagnolet	11,7
B-Nord	8,5
Bordeaux	8,6
Lyon	9
L-Sud	7,9
Nancy	6,7

Annexe n° 5 : Répartition des motifs des conclusions négatives sans expertise au fond selon les pôles



Le manque d'homogénéité est manifeste

Les abandons, désistements ou rejets pour défauts de pièce varient de 6 % (Lyon) à 27 % (Lyon-Sud)

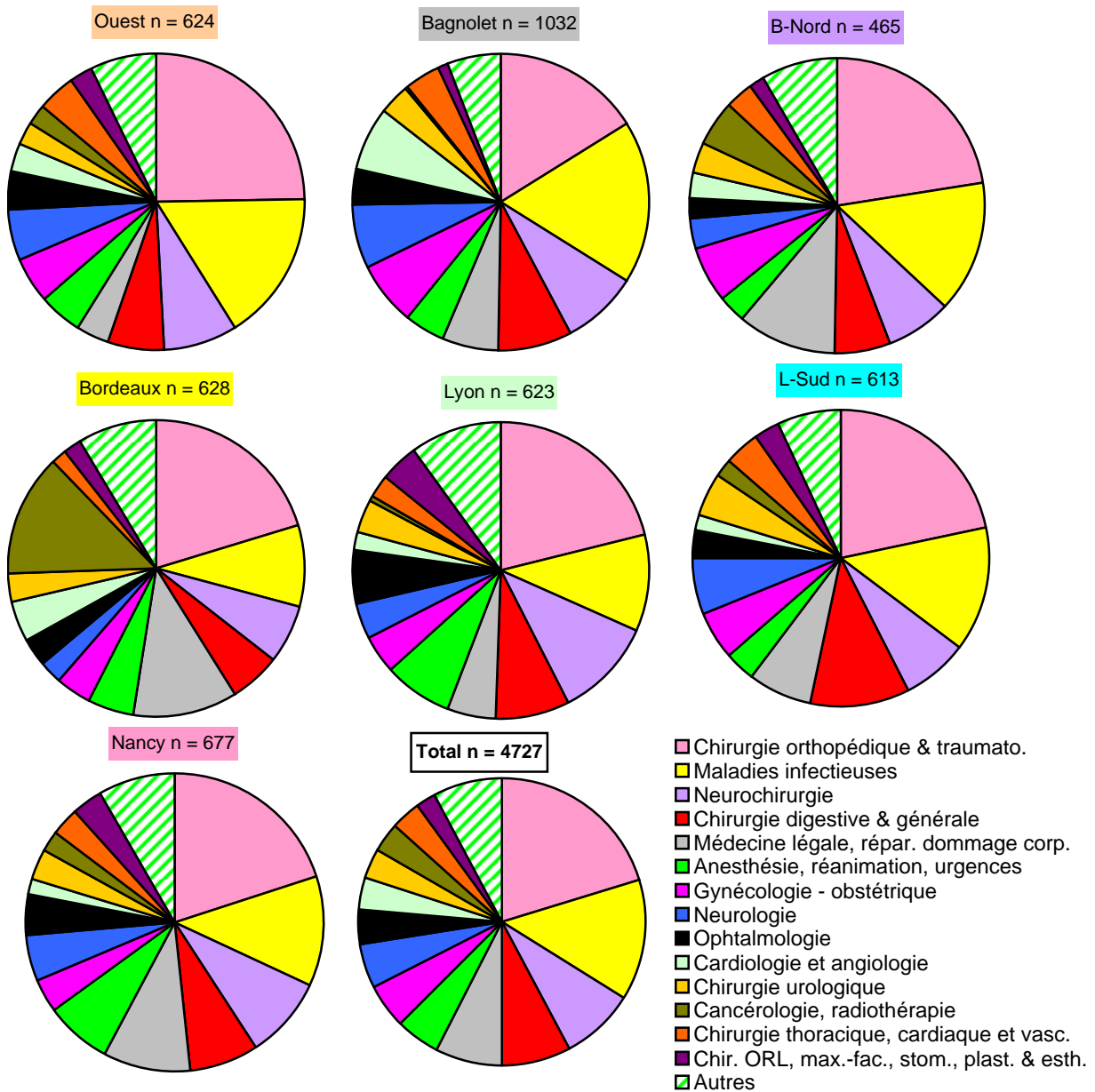
Le défaut manifeste de causalité ne dépasse généralement pas 4 %, sauf à Bagnolet (24 %)

Une gravité insuffisante varie de 43 % (Bagnolet) à 86% (Lyon)

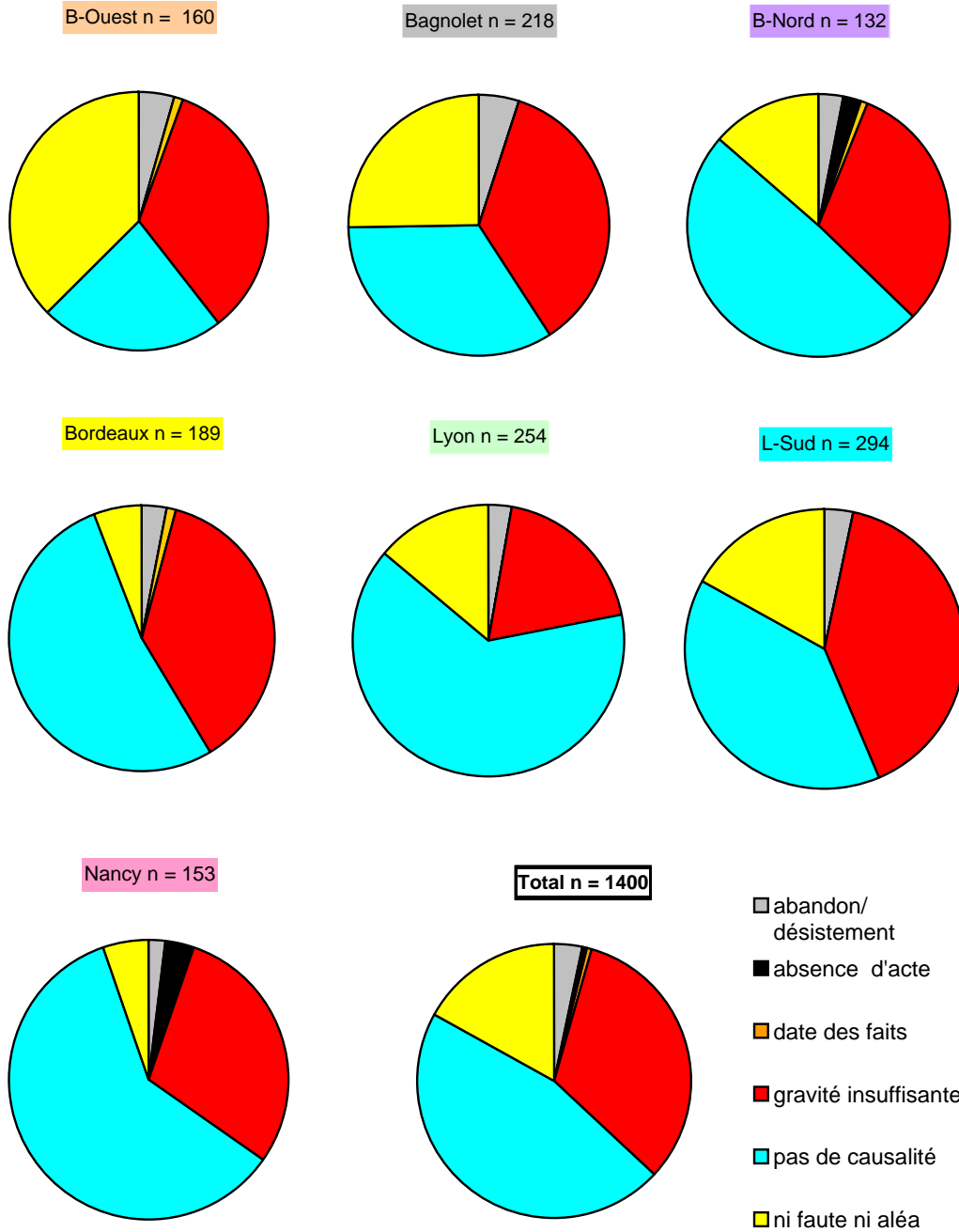
Annexe n° 6 : Spécialités médicales des experts selon les CRCI

	Alsac	Arde	F-C	Lorra	IdF	Cent	N-Pc	Pical	Rhôr	Auve	Bour	Aquit	Midi-	Limo	Poitc	BN	Bretz	PdL	HN	PAC/	Langi	Cors	Métrop	Guay	uyan	Réur	DOM	Total
Chirurgie orthopédique & traumatologique	22	34	20	60	165	18	59	27	96	12	23	69	35	10	14	26	56	39	33	82	48	3	951	7		1	8	959
Maladies infectieuses	15	29	9	27	184	12	41	15	56	3	7	25	18	7	6	17	26	35	24	56	26	2	640	2		1	3	643
Chirurgie digestive & générale	11	12	8	30	87	11	16	6	45	11	11	15	11	3	11	9	13	15	13	26	15	2	381	6	2	5	13	394
Neurochirurgie	15	8	14	14	84	9	14	6	37	5	9	9	12	6	8	9	9	16	5	46	21		356	6	2	1	9	365
Anesthésie, réanimation, urgences	12	16	12	24	61	6	34	10	25	1	7	41	16	7	7	2	6	8	6	27	15	1	344	7	2		9	353
Neurologie	13	12	5	18	48	3	10	2	36		10	11	10	1	9	4	4	15	7	15	5		238	2		1	3	241
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	7	5	4	9	71	4	21	3	17	5	4	16	8			7	9	10	6	20	11	1	238			1	1	239
Gynécologie - obstétrique	5	9	8	12	71	2	9	4	16	5	3	10	4	1	1	3	8	10	13	23	12	2	231	5		2	7	238
Cancérologie, radiothérapie	8	6	7	8	41	4	5	2	25	8	4	8	9		2	5	7	9	4	8	10	2	182	1		1	2	184
Médecine générale et interne	4			7	71	4	5	4	5	3	5	11	12	2	3	3	8	7	1	4	6		165	1			1	166
Ophtalmologie	9	2	5	7	35	6	6	3	16	3	3	5	8	4	3	1	5	7	4	17	11	1	161	1	1		2	163
Médecine légale, réparation du dommage corp.	5	2	4	5	2	1	22		2	2		29	27	5	22		7	2	4	10	2		153				0	153
Chir. ORL, Maxillo-fac., stomato., plastique & esthét.	5	4	6	5	39	4	5	5	12	2	1	8	1	1	1	5	11	4	6	14	7	2	148	2			2	150
Cardiologie et angiologie	8	4	3	8	12	1	5	2	24		1	3	1	4	4	3	3	7	3	9	8		113	1			1	114
Chirurgie urologique	7	14	2	6	28	6	4	2	11		3	2	1		1	1	4	4	5	8	3		112				0	112
Pédiatrie	1	2	1	2	25	2	3	1	13		2	7	4	1	2		2	4	1	3	5		81	1			1	82
Psychiatrie	4	4	1	2	7	1	1		3	3	3	1	2	1	1	1	1	3	1	1	4		45	1		1	2	47
Pharmaco. & toxicologie	1		1		12		5	2	1			2	1		1	1		3			5		35				0	35
Disciplines biologiques				4	7	2		2	2	1	1	2	4		4	1		1	2				33				0	33
Hépatogastro-entérologie	2	3	1			2	3		2			3	2		4		1			6			29				0	29
Pneumologie	1			1		3	1	3	6						1		1		2	2	3		24				0	24
Rhumatologie	2			2		1	3		3		1	1	1				2	1		2			19				0	19
Neuroradiologie					4			1		3						3	1	6					18				0	18
Immunologie, hématologie	2	2	1	1	1				2	1	2		1				2				1		16				0	16
Chirurgie infantile	2		3		3							1		3									12	1			1	13
Gériatrie			2						5	1	1									3			12				0	12
Néphrologie	1		2	1				1	1								2	1		1	1		11				0	11
Radiologie	2		1			1			2									1			1		8				0	8
Dermatologie					1				1			1	1				1			1	1		7				0	7
Odontologie								1	2		1	1								1			6				0	6
Rééducation fonctionnelle	1											1								1			3				0	3
Anatomo-cytopathologie					1																1		2				0	2
Endocrinologie																							0				0	0
Diagnostic prénatal et médecine foetale																							0				0	0
Infirmière																							0				0	0
Autres																							0				0	0
Total	165	168	120	253	1060	103	272	102	466	69	102	282	189	56	105	101	189	208	140	386	222	16	4774	44	7	14	65	4839

Annexe n° 7 : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux



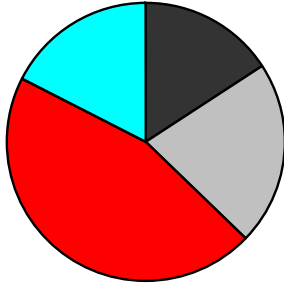
L'homogénéité est assez remarquable, les facteurs d'hétérogénéité relevés dans les premiers rapports, ayant progressivement diminué.

Annexe n° 8 : Répartition selon les pôles des motifs de conclusion négative après expertise

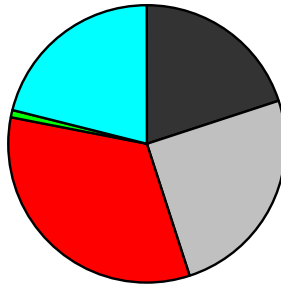
Pôle	Total	abandon/ désistement	absence d'acte	date des faits	gravité insuffisante	pas de causalité	ni faute ni aléa
B-Ouest n =	160	7		2	54	37	60
Bagnole n =	218	11			78	74	55
B-Nord n =	132	4	3	1	41	65	18
Bordeaux n =	189	6		2	70	100	11
Lyon n =	254	7			49	163	35
L-Sud n =	294	10			118	116	50
Nancy n =	153	3	5		45	92	8
Total n = 1400		48	8	5	455	647	237
% : 100%		3%	1%	0,4%	33%	46%	17%

Annexe n° 9 : Critères de gravité retenus dans les avis positifs selon les pôles interrégionaux

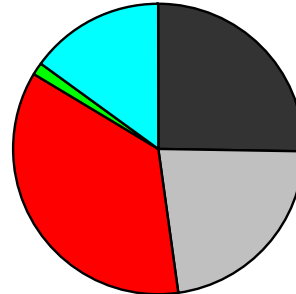
B-Ouest n = 141



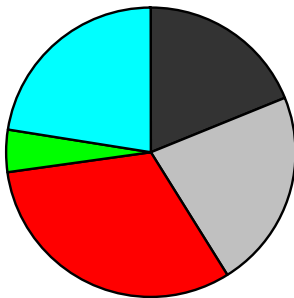
Bagnolet n = 224



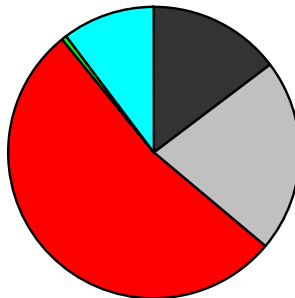
B-Nord n = 138



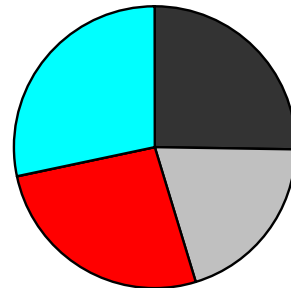
Bordeaux n = 217



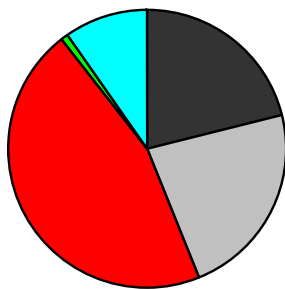
Lyon n = 175



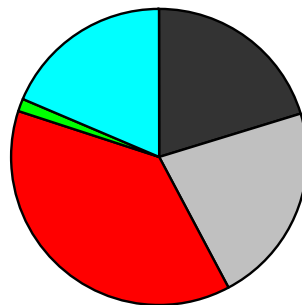
L-Sud n = 197



Nancy n = 123



Total n = 1215



■ DC

□ IPP

■ ITT

■ Tr. except.: emploi

■ Tr. except.: existence

Annexe n° 10 : Analyse de la répartition régionale des demandes d'indemnisation amiable et des avis rendus

Si la répartition des taux de demandes par million d'habitants est assez homogène lorsque l'analyse porte sur les pôles interrégionaux (cf. figure 3), il n'en est pas de même au niveau des régions, où elle varie, sur la moyenne des cinq dernières années, de 37 (Pays de la Loire) à 70 (PACA) et, cette année, de 37 (Pays de la Loire) à 80 (Lorraine), soit de l'ordre du simple au double. L'objet de la présente analyse est de rechercher si cette variation est aléatoire ou peut être corrélée à d'autres variables.

Une telle recherche avait été réalisée dans un précédent rapport (cf. **annexe n° 10** du rapport de la CNAMed 2008-2009). Tant pour l'année 2009-2010 que pour la moyenne des cinq dernières années, il apparaît de nouveau, d'une part, qu'il existe une forte corrélation entre le nombre de demandes reçues par les CRCI et le nombre d'habitants des régions : $r = 0,97$, $p < 0,001$ pour l'année 2009-2010 (cf. figure 3) ; $r = 0,98$, $p < 0,001$ pour la moyenne des cinq dernières années), d'autre part, qu'il n'existe pas de lien statistique entre les taux de demandes d'indemnisation par million d'habitants et les taux d'urbanisation des régions, qui varient de près du simple au double également (figure 27).

Région	moyenne des 5 dernières années			Taux ***
	Population * (millions)	Nombre de (n)	demandes ** (par million)	d'urbanisation (%)
Basse-Normandie	1,4	67	46	61
Bretagne	3,1	140	45	65,7
Haute-Normandie	1,8	82	46	76,6
Pays de la Loire	3,4	128	37	65,7
Île-de-France	11,5	647	56	99,6
Centre	2,5	95	38	67
Nord - Pas-de-Calais	4	191	47	88
Picardie	1,9	79	42	64,4
Aquitaine	3,1	195	62	67,6
Limousin	0,7	43	59	60,6
Midi-Pyrénées	2,8	135	49	65,5
Poitou-Charentes	1,7	77	45	59,8
Auvergne	1,3	62	47	62,4
Bourgogne	1,6	94	58	61,2
Rhône-Alpes	6	346	57	78,5
Corse	0,3	13	46	61
Languedoc-Roussillon	2,5	164	64	66,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4,8	336	70	87,4
Alsace	1,8	79	43	73,7
Champagne-Ardenne	1,3	75	57	66
Franche-Comté	1,1	56	49	65,7
Lorraine	2,3	151	65	69,5
France métropolitaine	61,4	3258	53	76,8

* Données Insee au 1^{er} janvier 2005, 2006, 2007, 2008, 2009

** Données des rapports de la CNAMed 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2008-2009, 2009-2010

*** Calculés à partir des données Insee au 1^{er} janvier 2008 par le Dr Silvia Pontone (Ined)

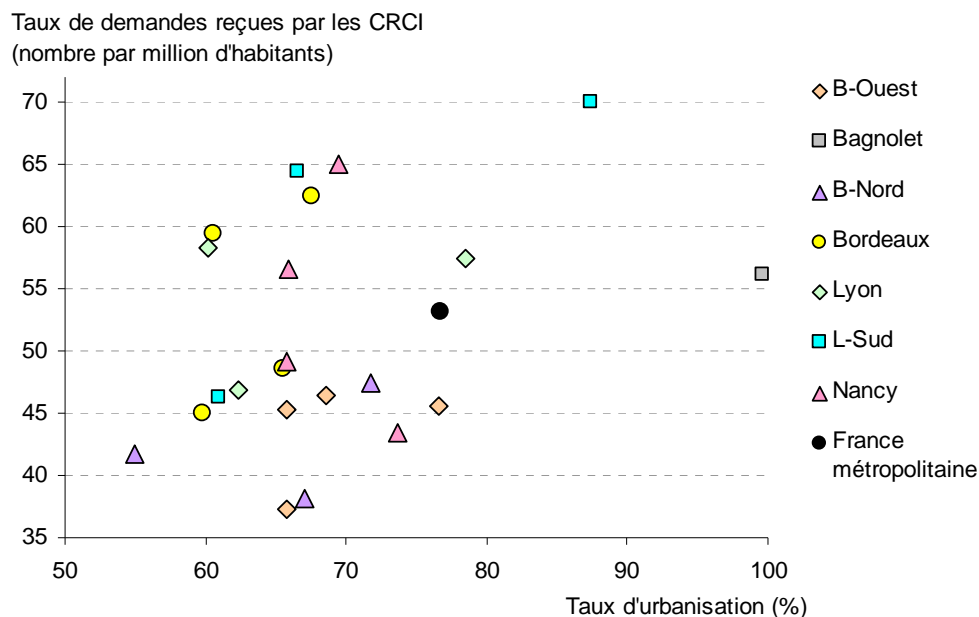


Figure 27. Taux annuels (sur une moyenne de 5 ans) de demandes d'indemnisation amiable reçues par les CRCI, en fonction des taux d'urbanisation des régions (données Insee 2008). La distribution apparaît sous la forme d'un nuage et la relation n'est pas statistiquement significative

Faute de disposer d'indicateurs simples et fiables de l'activité médicale (cf. **annexe n° 10** du rapport de la CNAMed 2008-2009), l'analyse a été poursuivie avec les données relatives à la démographie médicale (données 2009 du Conseil national de l'ordre des médecins).

Année 2009	Population (millions d'habitants)	Taux de demandes (par million)	Densité de médecins (par million)	Densité d'orthopédistes (par million)
Région				
Basse-Normandie	1,5	50	2760	31
Bretagne	3,2	46	3060	36
Haute-Normandie	1,8	55	2660	30
Pays de la Loire	3,5	37	2790	35
Île-de-France	11,7	63	4030	46
Centre	2,5	38	2600	31
Nord - Pas-de-Calais	4	52	3000	38
Picardie	1,9	53	2500	33
Aquitaine	3,2	72	3490	42
Limousin	0,7	70	3300	39
Midi-Pyrénées	2,9	62	3520	40
Poitou-Charentes	1,8	49	2890	36
Auvergne	1,3	50	2910	36
Bourgogne	1,6	60	2790	47
Rhône-Alpes	6,2	64	3340	45
Corse	0,3	46	3220	29
Languedoc-Roussillon	2,6	68	3650	42
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4,9	78	4090	51
Alsace	1,8	51	3540	37
Champagne-Ardenne	1,3	61	2730	38
Franche-Comté	1,2	49	2900	35
Lorraine	2,3	80	2980	37
France métropolitaine	62,5	59	3120	41

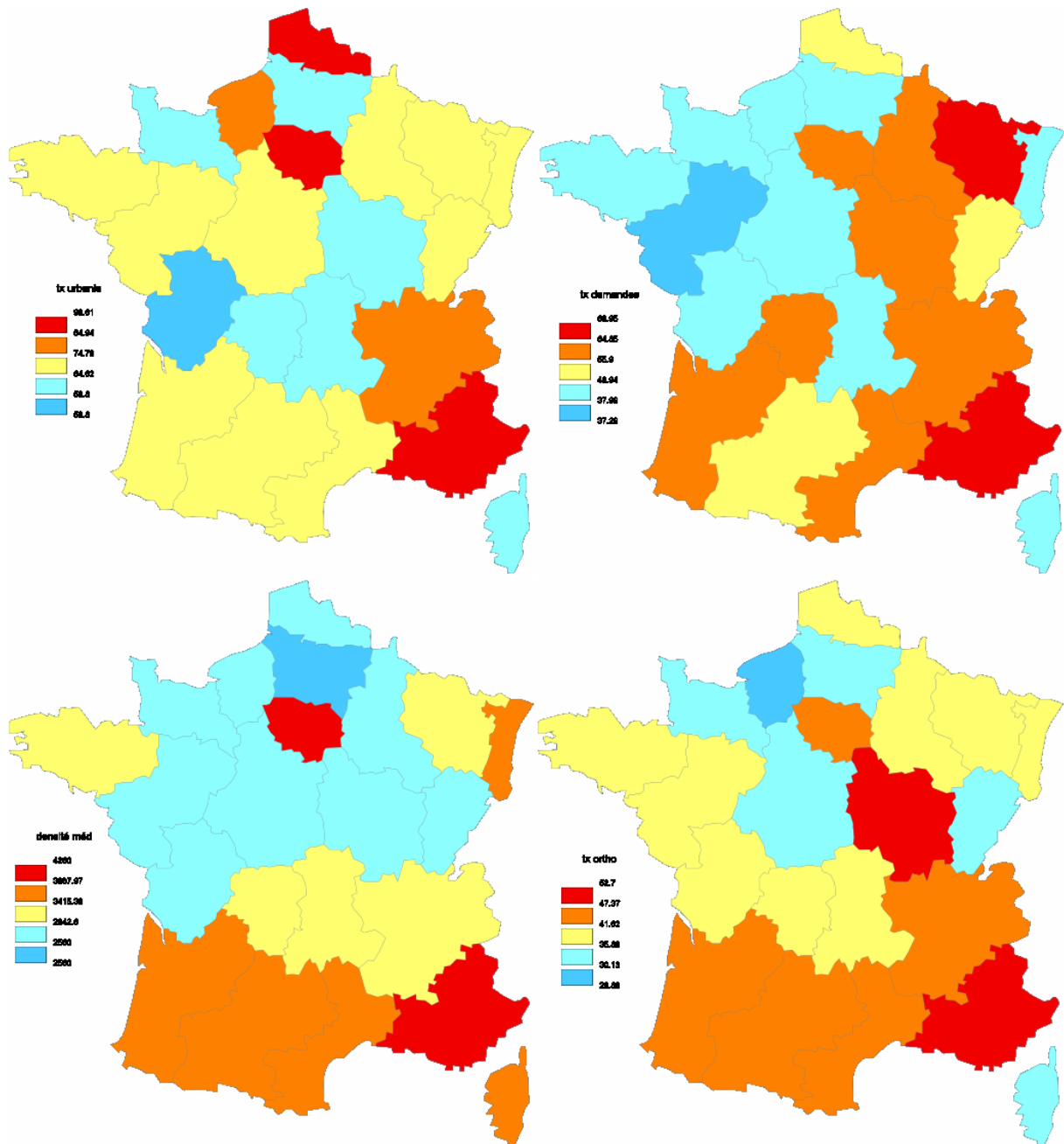


Figure 28. Carte de la répartition des taux :

- en haut à gauche, d'urbanisation des régions (d'après Insee 2008)
- en haut à droite, de demandes d'indemnisation par million d'habitants (moyenne de 5 ans)
- en bas à gauche, de médecins par million d'habitants (d'après CNOM 2009)
- en bas à droite, de chirurgiens orthopédistes par million d'habitants (d'après CNOM 2009)

Il a été précédemment vu (*cf.* [figure 19](#)) que la relation entre taux de demandes d'indemnisation et densité médicale était nettement significative ($r = 0,56$, $p < 0,01$). Une meilleure corrélation existe avec diverses disciplines médicales « à risque », telle la chirurgie générale et digestive ou l'anesthésie-réanimation, mais c'est avec la densité de chirurgiens orthopédistes que la corrélation est la meilleure ($r = 0,74$, $p < 0,001$ pour la moyenne des cinq dernières années ; $r = 0,66$, $p < 0,001$ pour l'année 2009-2010), lien qu'illustre la comparaison entre les différentes cartes de la [figure 28](#) et que représente la [figure 29](#).

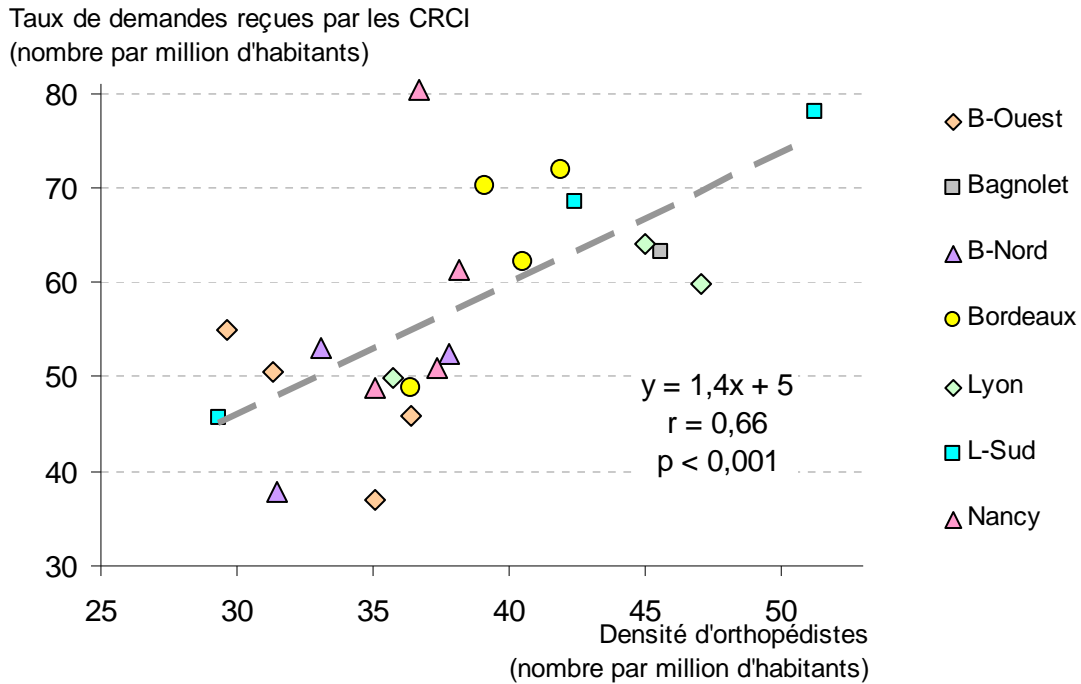


Figure 29. Taux de demandes d'indemnisation reçues par les CRCI en 2009-2010 selon la densité de chirurgiens orthopédistes dans la région (données CNOM 2009)

Ainsi, le nombre de demandes d'indemnisation reçues par une CRCI était-il cette année d'environ 1,4 fois ($\pm 0,2$) le nombre de chirurgiens orthopédistes exerçant dans la région considérée (figure 30).

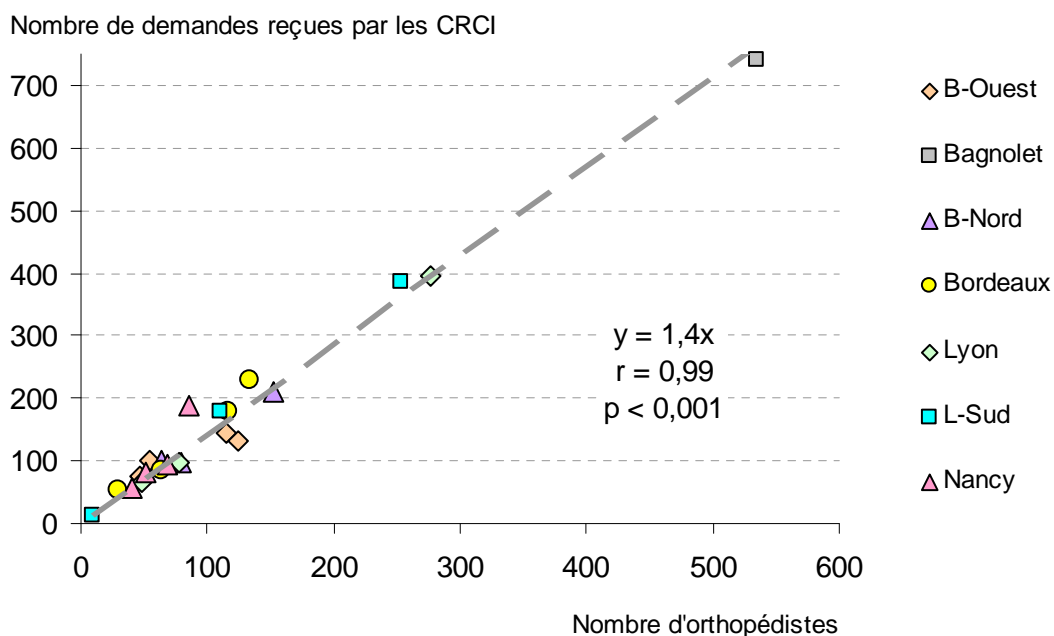


Figure 30. Nombre de demandes d'indemnisation reçues par les CRCI en 2009-2010 selon le nombre de chirurgiens orthopédistes dans la région (données CNOM 2009)

Un tel lien statistique persiste, mais affaibli ($r = 0,48$, $p < 0,05$), si l'on considère, non plus les taux de demandes d'indemnisation reçues par million d'habitants dans la région, mais ceux

des avis positifs rendus. Le nombre d'avis concluant qu'il y a lieu de proposer une indemnisation est de l'ordre de 43 % (± 12 %) du nombre de chirurgiens orthopédistes dans la région (figure 31).

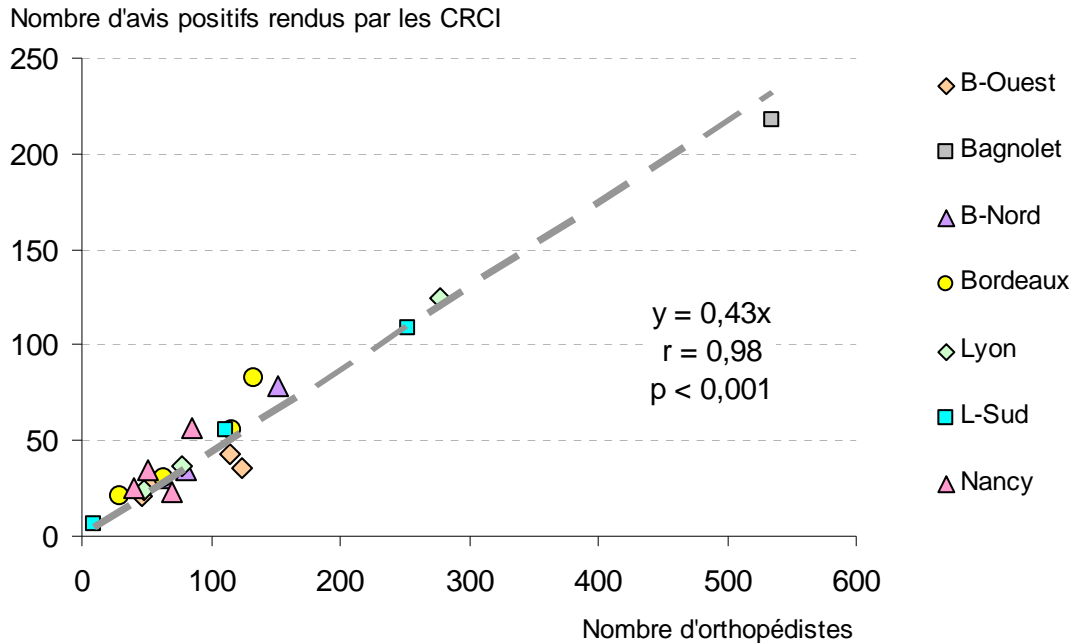


Figure 31. Nombre d'avis positifs rendus par les CRCI (moyenne de 5 ans) selon le nombre de chirurgiens orthopédistes dans la région (données CNOM 2009)

Ces corrélations ne sauraient en aucun cas constituer des liens de causalité, mais une explication peut être trouvée dans le fait que, d'une part, le nombre de chirurgiens orthopédistes est un indicateur du nombre de praticiens exerçant une discipline « à risque » dans la région et, partant, du nombre des actes « à risque » qui y sont réalisés, d'autre part, la chirurgie orthopédique est, de loin, la principale discipline sollicitée dans les expertises (*cf.* § I.2.4.4 et figure 11 dans le présent rapport, comme dans les rapports précédents).

La persistance d'une corrélation lorsqu'on passe des taux de demandes reçues aux taux d'avis positifs rendus s'accorde avec le fait, précédemment relevé (*cf.* § I.2.5.1 et figure 13 dans le présent rapport, comme dans les rapports précédents), que la proportion de conclusions positives et de conclusions négatives est assez similaire d'un pôle interrégional à l'autre. De ce fait, les taux d'avis positifs par million d'habitants rendus par les CRCI sont fortement corrélés aux taux de demandes d'indemnisation reçues par ces CRCI (figure 32) : le nombre d'avis concluant qu'il y a lieu de proposer une indemnisation est de l'ordre de 38 % (± 6 %) du nombre de demandes d'indemnisation reçues.

Taux d'avis positifs rendus par les CRCI
(nombre par million d'habitants)

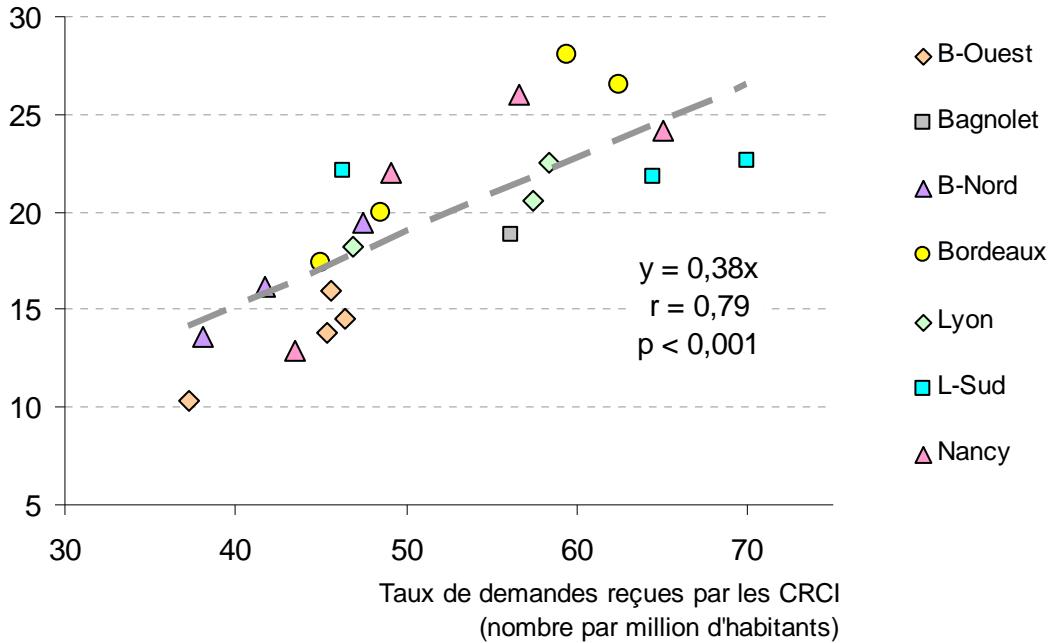


Figure 32. Taux d'avis positifs rendus par les CRCI selon les taux de demandes reçues (moyennes de 5 ans)

De même, la proportion d'infections nosocomiales parmi les motifs d'avis positifs rendus étant assez similaire d'un pôle interrégional à l'autre (cf. § I.2.6 et [figure 16](#) dans le présent rapport, comme dans les rapports précédents), il existe une relation forte entre les taux par million d'habitant d'indemnisations à proposer au titre d'une infection nosocomiale et les taux d'avis positifs rendus par les mêmes CRCI ($r = 0,87$, $p < 0,001$), illustrée par la [figure 34](#).

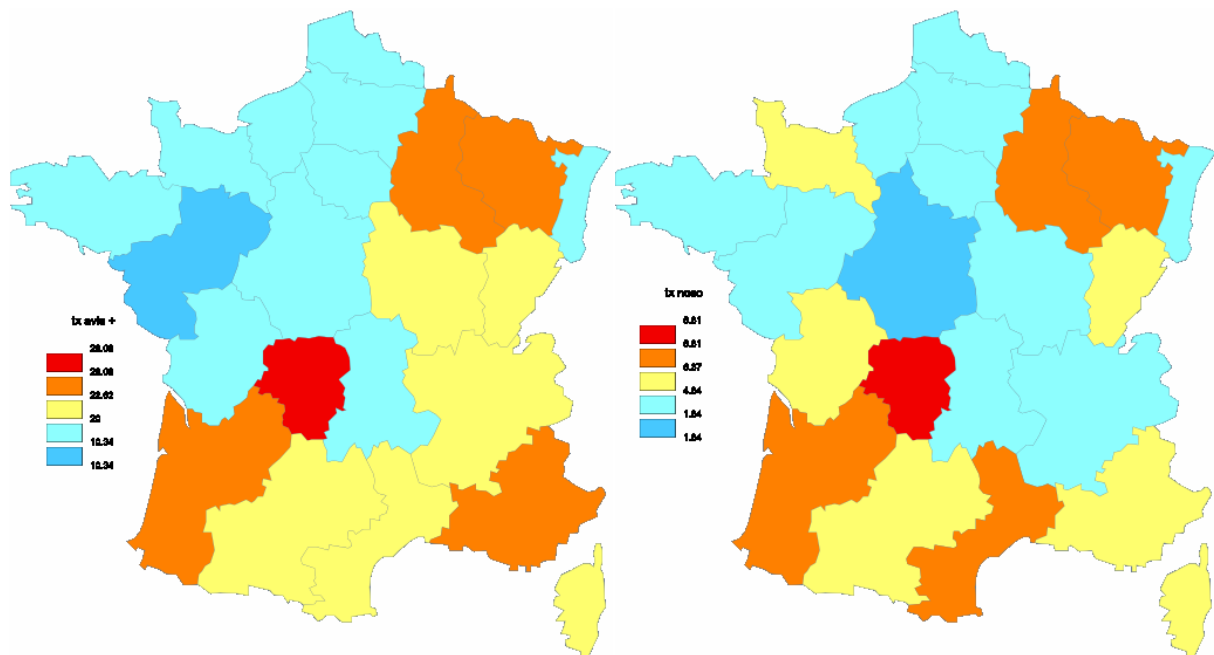


Figure 34. Carte de la répartition des taux (moyennes de 5 ans) d'avis positifs (à gauche) et d'avis positifs pour infection nosocomiale (à droite)

Une corrélation avec les taux d'avis positifs existe également, tant pour les propositions à faire par l'ONIAM au motif d'une infection nosocomiale, essentiellement du fait d'un décès ou d'une IPP > 25 % ($r = 0,77$, $p < 0,001$), que pour celles à faire par un assureur au même motif ($r = 0,80$, $p < 0,001$). Une corrélation avec les taux d'avis positifs existe aussi pour les avis positifs hors infections nosocomiales ($r = 0,96$, $p < 0,001$), que les propositions soient à faire par l'ONIAM ($r = 0,87$, $p < 0,001$) ou par un assureur ($r = 0,48$, $p < 0,05$).

En résumé, la variabilité observée d'une CRCI à l'autre dans le nombre de demandes d'indemnisation reçues est expliquée par celle du nombre d'habitants des régions, et, pour un nombre d'habitants donné, par celle de la densité de médecins exerçant une discipline « à risque » dans la région, dont la chirurgie orthopédique est le meilleur exemple. La répartition régionale des taux d'avis positifs rendus est expliquée en grande partie par celle des taux de demandes d'indemnisation reçues, que ces avis positifs soient ou non motivés par une infection nosocomiale et que la proposition d'indemnisation soit à faire au titre de la responsabilité ou au titre de la solidarité.

Annexe n° 11 : Analyse de la répartition régionale des disciplines médicales sollicitées pour les expertises

Dans ce rapport, comme dans les rapports précédents, le nombre des experts de différentes disciplines médicales est fourni pour chaque CRCI (*cf.* **annexe n° 6**). Toutefois, pour faciliter les comparaisons et éviter de tirer des conclusions à partir d'effectifs numériquement insuffisants, les analyses n'ont porté qu'après regroupement des CRCI par pôles interrégionaux (*cf.* **annexe n° 7**), ce qui sous-entend l'hypothèse d'une relative homogénéité à ce niveau.

Ces données sont disponibles depuis le rapport 2003-2004, soit désormais un total de plus de 24000 experts. Il est donc possible de disposer d'effectifs suffisants pour s'autoriser des comparaisons d'une CRCI à l'autre, du moins pour les principales disciplines médicales sollicitées. Ces données sont présentées dans un tableau et la figure 35 permet de comparer les distributions régionales. L'homogénéité apparaît remarquable au sein d'un même pôle. Elle apparaît très forte d'un pôle à l'autre, à l'exception de la forte sollicitation de spécialistes de médecine légale / réparation du dommage corporel au niveau du pôle de Bordeaux et de la faible sollicitation de spécialistes de pathologie infectieuse au niveau du pôle de Lyon. Cette dernière constatation est à rapprocher du faible recours à l'expertise collégiale au niveau du pôle de Lyon : il apparaît qu'en cas d'infection nosocomiale, il est demandé plus rarement un avis d'expert en pathologie infectieuse au niveau des CRCI d'Auvergne, de Bourgogne et de Rhône-Alpes. Toutefois, il ressort des données présentés dans l'**annexe n° 10** que ceci n'affecte pas le taux d'avis positifs, notamment de ceux motivés par une infection nosocomiale.

Quoiqu'il en soit, ces données valident l'hypothèse d'une grande homogénéité de répartition d'une CRCI à l'autre au sein d'un même pôle interrégional, avec une plus grande variabilité d'un pôle interrégional à l'autre.

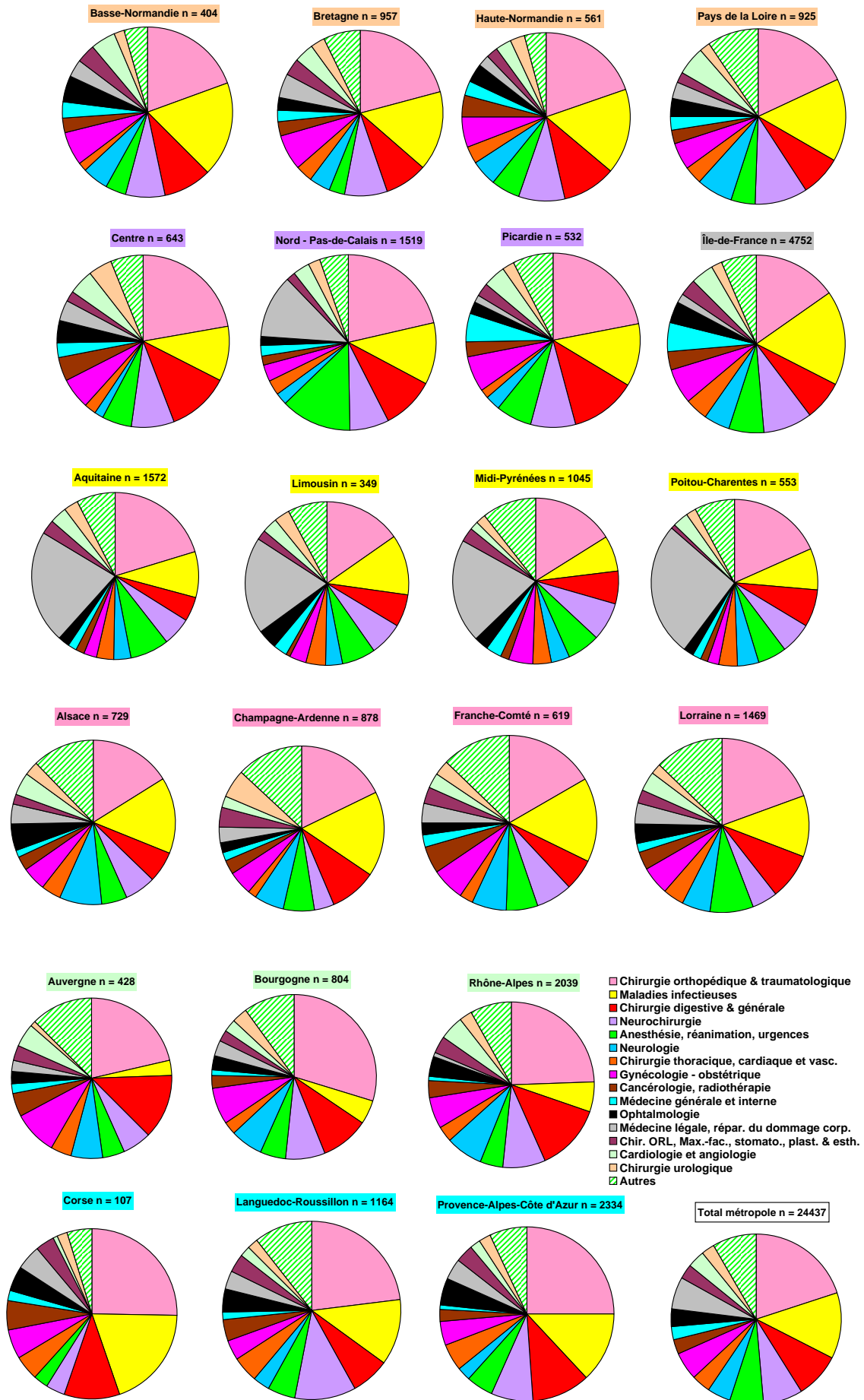


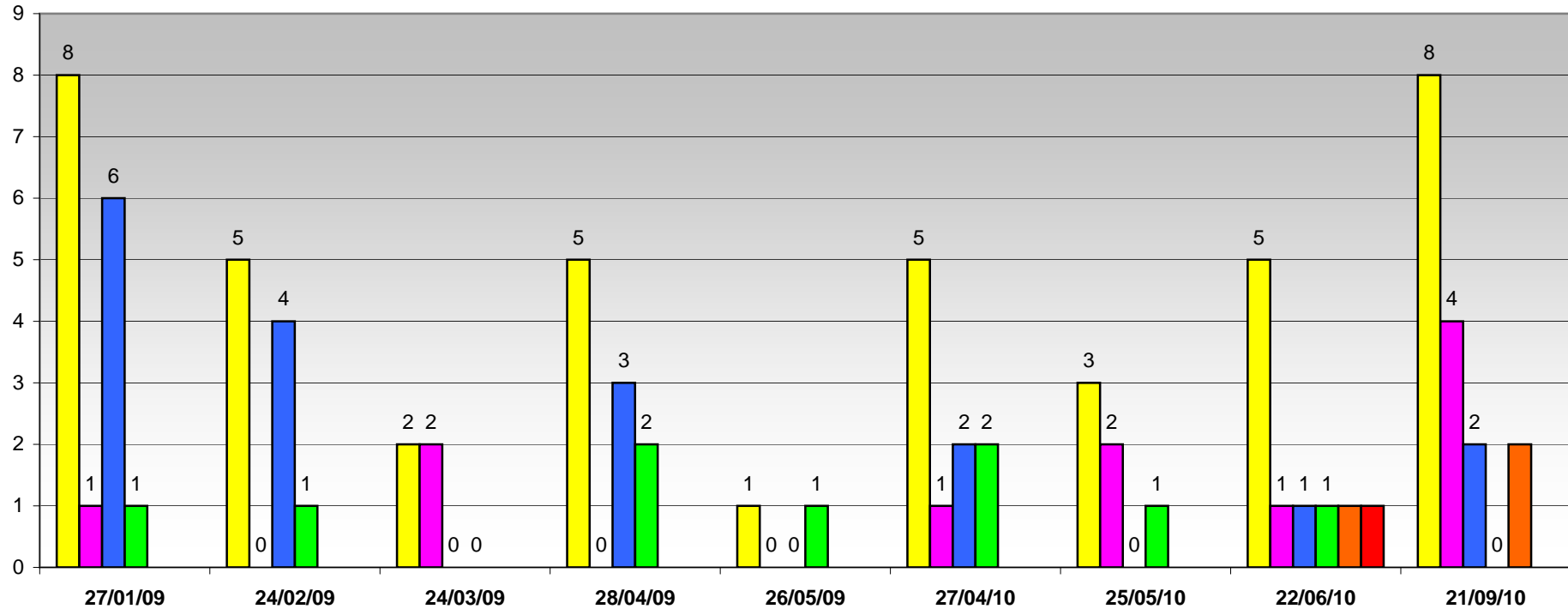
Figure 35. Répartition des principales disciplines médicales des experts selon les CRCI

2003-2010	Chirurgie orthopédique & traumatologique	Maladies infectieuses	Chirurgie digestive & générale	Neurochirurgie	Anesthésie, réanimation, urgences	Neurologie	Chir. thoracique, cardiaque et vasculaire	Gynécologie - obstétrique	Cancérologie, radiothérapie	Médecine générale et interne	Ophthalmologie	Médecine légale, répar. du dommage corp.	Chir. ORL, Max.-fac., stomato., plast. & esth.	Cardiologie et angiologie	Chirurgie urologique	Autres	Total
Alsace	130	122	50	49	40	67	33	38	23	10	44	31	16	36	23	98	729
Aquitaine	319	138	76	88	115	53	53	40	25	29	33	346	43	52	45	117	1572
Auvergne	91	14	56	24	20	27	18	38	20	8	11	10	13	20	4	54	428
Basse-Normandie	79	72	38	30	16	20	7	25	12	12	20	13	15	19	8	18	404
Bourgogne	240	36	77	63	40	50	20	59	21	9	21	25	18	20	24	81	804
Bretagne	199	150	79	80	28	41	33	66	26	21	25	44	32	36	27	70	957
Centre	143	66	75	52	36	11	14	37	29	17	28	24	13	30	28	40	643
Champagne-Ardenne	156	146	80	36	52	52	15	41	25	15	17	26	33	21	49	114	878
Corse	27	21	11	4	3	0	5	6	6	2	5	5	4	1	2	5	107
Franche-Comté	104	96	36	40	37	39	16	38	31	13	14	22	20	16	18	79	619
Haute-Normandie	111	92	58	49	31	28	19	33	23	15	21	12	13	17	15	24	561
Île-de-France	731	808	352	422	295	225	209	304	157	252	183	74	145	194	100	301	4752
Languedoc-Roussillon	267	141	81	128	60	35	55	42	45	16	49	37	39	24	21	124	1164
Limousin	53	42	22	24	23	11	14	12	3	9	14	67	7	10	11	27	349
Lorraine	286	168	125	69	121	77	56	77	48	25	53	56	37	56	28	187	1469
Midi-Pyrénées	169	72	67	78	66	40	36	49	18	33	27	212	30	17	20	111	1045
Nord - Pas-de-Calais	327	173	147	110	196	35	41	46	25	30	27	177	26	43	36	80	1519
Pays de la Loire	167	141	69	90	42	62	30	46	23	23	32	27	20	47	18	88	925
Picardie	117	62	65	44	35	15	9	36	15	27	13	7	13	23	11	40	532
Poitou-Charentes	102	44	40	33	31	24	20	12	8	8	12	144	4	17	11	43	553
Provence-Alpes-Côte d'Azur	583	306	250	181	118	61	114	107	49	22	113	94	77	46	50	163	2334
Rhône-Alpes	499	119	263	172	92	146	64	123	66	18	78	18	70	95	51	165	2039
Total métropole	4900	3029	2117	1866	1497	1119	881	1275	698	614	840	1444	688	840	600	2029	24 437

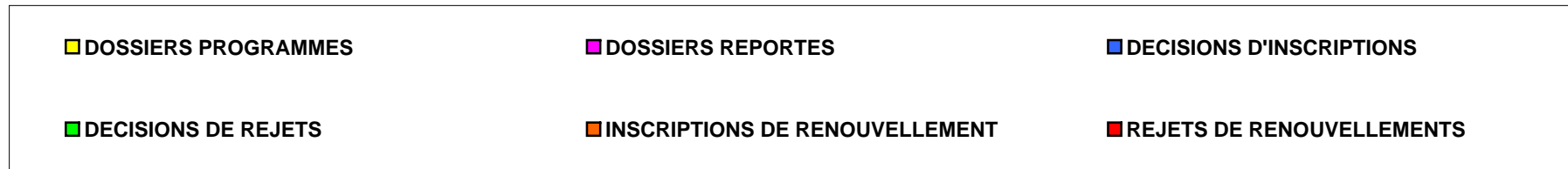
Annexe n° 12 : Suivi des dossiers de candidature à l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux

Séances de la commission	dossiers programmés	dossiers reportés	décisions d'inscription	décisions de rejet	inscription de renouvellement	rejet de renouvellement
27/01/09	8	1	6	1	0	0
24/02/09	5	0	4	1	0	0
24/03/09	2	2	0	0	0	0
28/04/09	5	0	3	2	0	0
26/05/09	1	0	0	1	0	0
27/04/10	5	1	2	2	0	0
25/05/10	3	2	0	1	0	0
22/06/10	5	1	1	1	1	1
21/09/10	8	4	2	0	2	0

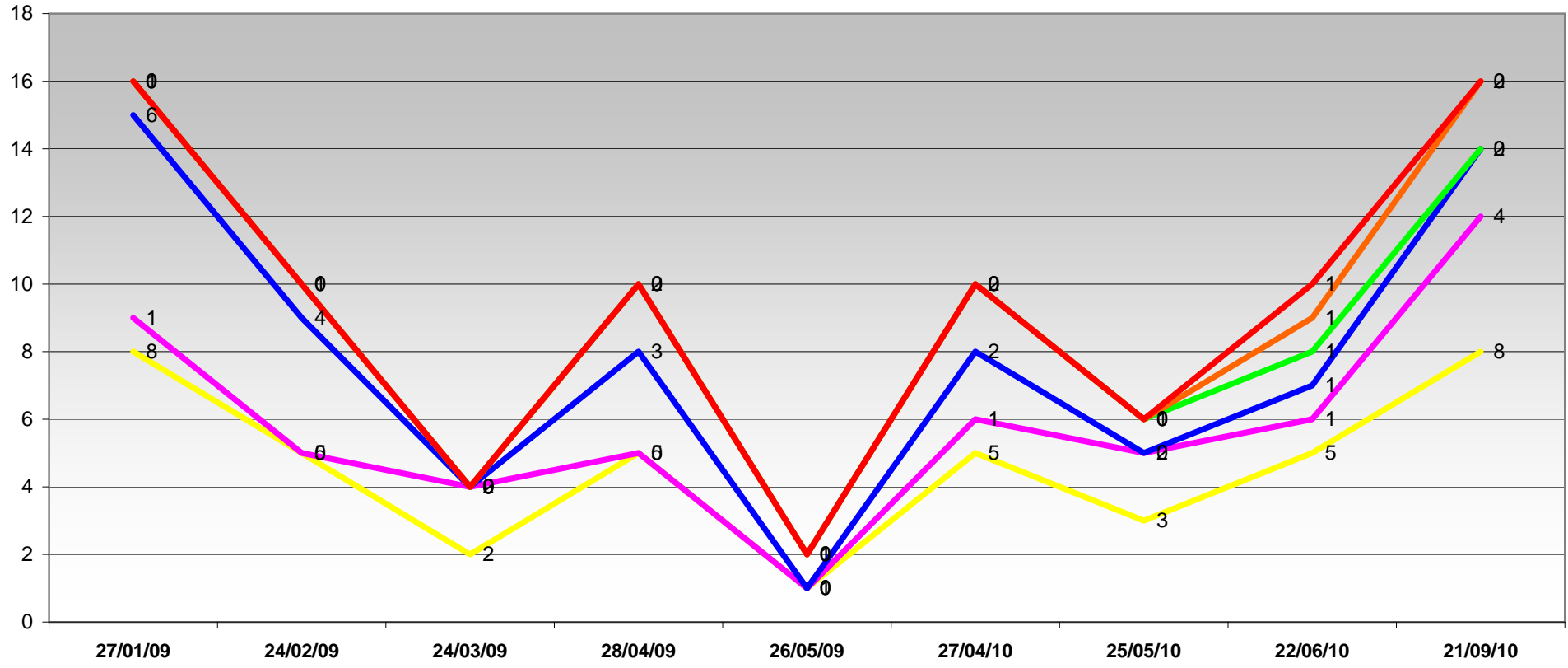
SUIVI DES DOSSIERS DE CANDIDATURES A L'INSCRIPTION SUR LA LISTE NATIONALE DES EXPERTS EN ACCIDENTS MEDICAUX



interruption de la CNAMed du 1er/06/09 au 31/03/10



SUIVI DES DOSSIERS DE CANDIDATURES A L'INSCRIPTION SUR LA LISTE NATIONALE DES EXPERTS EN ACCIDENTS MEDICAUX



interruption de la CNAMed du 1er/06/09 au 31/03/10



Annexe n° 11 : Liste des domaines de compétence des experts en accidents médicaux**(actualisée au 27/11/2010)**

Anesthésie

Anesthésie-réanimation

Anesthésie-réanimation, mention particulière : anesthésie loco-régionale

Anesthésie-réanimation, mention particulière : réanimation des grands brûlés

Angéiologie

Biologie médicale

Cardiologie et maladies vasculaires

Chirurgie cardio-vasculaire

Chirurgie cervico-faciale

Chirurgie dentaire

Chirurgie digestive

Chirurgie générale, mention particulière : cancérologie digestive

Chirurgie générale, mention particulière : chirurgie gynécologique

Chirurgie gynécologique, mention particulière : cancérologie

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurgie ophtalmologique

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie orthopédique et traumatologique de l'adulte

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie de l'adulte et de la personne âgée

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie pédiatrique

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie de la main

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie de la main et du pied

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie des nerfs périphériques (1)

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie du rachis

Chirurgie orthopédique infantile

Chirurgie pédiatrique, mention particulière : chirurgie viscérale

Chirurgie thoracique

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Chirurgie urologique de l'adulte

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale

Chirurgie viscérale, mention particulière : cancérologie

Chirurgie viscérale, mention particulière : oncologie digestive

Chirurgie viscérale, mention particulière : oncologie du sein

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie cœlioscopique

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive et chirurgie endocrinienne

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive et endocrinienne

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie endocrinienne

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie hépatobiliaire

Chirurgie viscérale et cœlioscopique

Dermatologie

Dermato-vénéréologie, mention particulière : médecine esthétique

Gastro-entérologie et hépatologie

Gériatrie

Gynécologie médicale et obstétrique

Gynécologie-obstétrique

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : diagnostic prénatal

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine fœtale

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale et diagnostic prénatal

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale, diagnostic prénatal et assistance à la procréation

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine de la reproduction

Hématologie clinique, mention particulière : onco-hématologie

Hémobiologie transfusionnelle

Hépatogastro-entérologie

Hygiène hospitalière

Infectiologie biologique

Infectiologie biologique et hygiène

Infectiologie clinique

Infectiologie clinique et hygiène

Ingénierie biomédicale

Maladies infectieuses, parasitaires et tropicales (option clinique)

Masso-kinésithérapie

Médecine d'urgence

Médecine générale

Médecine générale, mention particulière : gériatrie

Médecine interne

Médecine interne, mention particulière : pneumologie et allergologie

Médecine physique et réadaptation fonctionnelle

Neurochirurgie

Neurochirurgie, mention particulière : chirurgie du rachis

Neurochirurgie, mention particulière : chirurgie rachidienne

Neurochirurgie, mention particulière : neuro-oncologie

Neurologie

Neuroradiologie

Neuroradiologie, mention particulière : radiologie interventionnelle

Ophtalmologie

Ophtalmologie, mention particulière : ophtalmologie médicale

Oto-rhino-laryngologie

Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale

Pédiatrie

Pédiatrie, mention particulière : réanimation néonatale et pédiatrique

Pédiatrie, mention particulière : réanimation pédiatrique

Pharmacologie clinique

Pneumologie

Psychiatrie

Psychiatrie, mention particulière : psychiatrie d'urgence et de catastrophe

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Radiologie

Radiologie et imagerie médicale, mention particulière : neuroradiologie diagnostique et interventionnelle

Radiologie et imagerie médicale, mention particulière : radiologie interventionnelle

Réanimation médicale

Réanimation médicale, mention particulière : pathologie infectieuse

Réparation du dommage corporel

Rhumatologie

Rhumatologie, mention particulière : iatrogénèse

Soins infirmiers

Stomatologie

Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

Urologie

Urologie, mention particulière : adultes