

COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MEDICAUX

- **Rapport au Parlement
et au Gouvernement**

- *Année 2004-2005*

**COMMISSION NATIONALE
DES ACCIDENTS MEDICAUX**

**RAPPORT ANNUEL AU PARLEMENT
ET AU GOUVERNEMENT**

ANNEE 2004 - 2005

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| - Encadrement législatif et réglementaire du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux | 4 |
| - Présentation de la Commission nationale des accidents médicaux | 7 |
| - Première partie : Photographie de l'existant | 12 |
| - Deuxième partie : Les acquis et les travaux en cours | 25 |
| - Troisième partie : Propositions | 35 |
| - Résumé des propositions présentées | 43 |
| - Conclusion du président | 45 |
| - Remerciements | 46 |
| <u>ANNEXES</u> : | 47 |
| - - n° 1 : Formulaire-type du rapport des CRCI | 48 |
| - - n° 2 : Données quantitatives de chaque CRCI | 51 |
| - - n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux | 57 |
| - - n° 4 : Répartition des motifs des rejets sans expertise « au fond » selon les pôles interrégionaux | 58 |
| - - n° 5 : Spécialités médicales des experts selon les CRCI | 59 |

- - n° 6 : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux60
- - n° 7 : Critères de gravité retenus dans les avis positifs selon les pôles interrégionaux 61

ENCADREMENT LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

DU DISPOSITIF DE REGLEMENT AMIABLE DES

ACCIDENTS MEDICAUX

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.1142-29 et D.1142-1 à R.1142-58.

I - Dispositions législatives et réglementaires instituant le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux

I.1 - Dispositions législatives

I.1.1 - La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a inséré 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 sont résultés, lorsque ces dommages présentent un caractère de gravité apprécié au regard, notamment, du taux d'incapacité permanente ou des conséquences sur la vie privée et professionnelle.

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

Dans la première hypothèse, l'assureur du responsable indemnise la victime ; dans la seconde hypothèse, le dommage résultant d'un aléa thérapeutique est pris 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).

Dans le cadre de ce dispositif, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAM), instance indépendante placée auprès des ministres de la santé et de la justice, a pour missions d'élaborer la liste des experts en accidents médicaux et de préparer un rapport annuel permettant d'évaluer le fonctionnement du dispositif.

I.1.2 - 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 par l'ONIAM, quelle qu'en soit l'origine (responsabilité de l'établissement engagée ou aléa).

I.1.3 - Enfin, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte plusieurs articles aménageant les dispositions relatives à la liste des experts en accidents médicaux et transférant de nouvelles compétences à l'ONIAM.

I.2 - Dispositions réglementaires

Trois décrets ont précisé la composition et le fonctionnement des différentes instances du dispositif :

- 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.

Enfin, le décret n° 2004-775 du 29 juillet 2004 relatif à la réparation des conséquences des risques sanitaires modifie et complète 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).

II - Dispositions réglementaires intervenues et à intervenir depuis la remise du premier rapport annuel

II.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 Commission nationale des accidents médicaux a notamment pour mission d'élaborer une liste nationale des experts en accidents médicaux, auxquels auront recours les commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales pour établir la nature et l'importance des préjudices subis par la victime.

Pour demander à être inscrits sur la liste, les experts doivent, soit 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), soit, à titre transitoire, 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).

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 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.

Les rapporteurs choisis par le président de la CNAM vérifient les connaissances et les pratiques professionnelles du demandeur, sur dossier et, le cas échéant, au cours d'un entretien avec lui. Lors d'une demande de renouvellement d'inscription sur la liste (les experts ne sont inscrits que pour une période de 5 ans), les rapporteurs vérifieront également l'actualisation des connaissances du candidat, notamment en matière de responsabilité médicale, et l'acquisition éventuelle de compétences dans le domaine de la réparation du dommage corporel.

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

II.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, pris en application de l'article R.1142-30-1 du code de la santé publique (introduit par le décret précité), établit la liste des pièces à fournir par les candidats qui sollicitent leur inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux. Conformément aux dispositions de l'article R.1142-30-1, il a été soumis à l'examen de la CNAM qui a rendu un avis favorable le 12 juillet 2004.

II.3 - Formation des experts

Le décret précité du 23 décembre 2004 comporte une disposition transitoire selon laquelle la CNAM peut inscrire sur la liste des candidats qui seront tenus de satisfaire à l'obligation de formation en responsabilité médicale - prévue à l'article L.1142-10 du code de la santé publique - dans les 10 mois suivant leur inscription.

Un décret simple précisera, dans les prochaines semaines, les modalités de la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale.

PRESENTATION DE LA COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MEDICAUX

I - Composition et moyens

I.1 - Composition

I.2.1 - Textes

- Les ministres chargés de la santé et de la justice nomment le président et les membres de la CNAM. Le président est soit un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire, soit un conseiller d'Etat, en activité ou honoraire. La CNAM comprend 25 membres titulaires (et 25 suppléants nommés dans les mêmes conditions) : cinq professionnels de santé experts judiciaires, quatre 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.
- Le président et les membres de cette commission ont été initialement nommés par un arrêté des ministres de la santé et de la justice en date du 3 juin 2003, publié au Journal Officiel du 22 juin 2003. Cette nomination a été prononcée pour une période de cinq ans renouvelable, à l'exception de celle des représentants des usagers, nommés, pour un an seulement, parmi les membres des associations représentant les personnes malades et les usagers du système de santé en application d'une disposition transitoire du décret n° 2002-656 du 29 avril 2002 ; ils ont été nommés pour une nouvelle période d'un an en application de l'arrêté du 19 juillet 2004, publié au Journal Officiel du 4 août 2004.

L'article 152 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a prévu une disposition transitoire similaire à celle du décret du 29 avril 2002, qui permet de couvrir la période allant de l'intervention de cette loi jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois à partir de la publication de la première décision prononçant les agréments des associations de malades, comme le prévoit l'article L.1114-1 du code de la santé publique. Pendant cette période, les représentants des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, instituées par la loi du 4 mars 2002, « sont désignés pour un an, par l'autorité administrative compétente, parmi les membres des associations régulièrement déclarées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades ».

Par ailleurs, un certain nombre de membres de la CNAM ont quitté leurs fonctions depuis l'arrêté du 3 juin 2003. En conséquence, un arrêté en date du 5 août 2005, publié au Journal officiel du 18 août, a procédé à de nouvelles nominations et a renommé les représentants des usagers.

I.2.2 - Composition actuelle

Présidence : M. Dominique LATOURNERIE, conseiller d'Etat honoraire

Vice-présidence : Pr. Dominique THOUVENIN, professeur de droit

Commissaire du Gouvernement :

- M. Jean MARTIN, avocat général près la Cour d'appel de Paris, commissaire du Gouvernement

Experts judiciaires professionnels de santé :

1°) Experts professionnels de santé exerçant à titre libéral :

- Titulaires :

- Dr Georges-Eric ERNOUF, chirurgien-dentiste libéral
- Dr Jules FINELTAIN, médecin libéral
- Dr Jacques VASSEUR, médecin libéral

- Suppléants :

- Dr Pierre-François CAMBON, chirurgien-dentiste libéral
- Dr. Philippe BROCHARD, médecin libéral
- Dr Jacques LANGE, chirurgien libéral

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

- Titulaires :

- Dr Pierre KIEGEL, chef de service des urgences
- Pr Michel SCHMITT, chef de service de chirurgie infantile

- Suppléants :

- Dr Jean-Marc JARRY, chef de service de chirurgie digestive
- Pr Pierre LASCOMBES, chef de service de chirurgie infantile

Représentants des usagers :

- Titulaires :

- M. Emmanuel RODRIGUEZ, association CSF
- Mme Philippine PETRANKER, association des Paralysés de France
- M. Marc MOREL, association AIDES
- M. Jean BERTOLAS, association AVIAM

- Suppléants :

- M. Gilles GAEBEL, association Le Lien
- M. Jean-Luc BERNARD, association Le Lien
- M. Arnaud de BROCA, association FNATH

Personnalités qualifiées :

1°) Choies 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. Walter VORHAUER, représentant le Conseil national de l'ordre des médecins
- Dr. Jean-Claude ARCHAMBAULT, psychiatre hospitalier
- Pr. Sophie GROMB, chef de service de médecine légale
- Pr. Gérard MEMETEAU, professeur de droit
- M. Pierre BAECHLIN, avocat général honoraire à la Cour de cassation
- Dr. Hélène HUGUES-BEJUI, déléguée générale de l'AREDOC

- Suppléants :

- Dr. Philippe BICLET, représentant le Conseil national de l'ordre des médecins
- Dr. Patrice BODENAN, anesthésiste hospitalier
- Mme Stéphanie BARRE, juriste
- Pr. Stéphanie PORCHY-SIMON, professeur de droit
- Mme Isabelle TERRIER-MAREUIL, avocat général près la Cour d'appel de Paris
- Pr. Christine GRAPIN, chirurgien hospitalier

2°) Choies en raison de leurs compétences scientifiques :

- Titulaires :

- Pr. Gérald SIMONNEAU, chef de service de pneumologie,
- Pr. Fabrice PIERRE, gynécologue-obstétricien hospitalier
- Pr. Nicholas MOORE, chef de service de pharmacologie clinique
- Pr. André LIENHART, chef de département d'anesthésiologie
- Pr. Christian HERVE, directeur de laboratoire d'éthique médicale
- Pr. Philippe PARQUET, psychiatre hospitalier
- Dr. Jean CARLET, chef de service de réanimation et de maladies infectieuses
- Pr. Guy NICOLAS, cardiologue

- Suppléants :

- Pr. Patrice QUENEAU, chef de service de médecine interne
- Pr. Jean-Louis POURRIAT, chef de service des urgences
- Dr. Jean-Marc TRELUYER, pharmacologue hospitalier
- Dr. Patrick PETON, praticien hospitalier de médecine légale
- Pr. Jacques MASSOL, pharmacologue

I.2 - Moyens

Le secrétariat est assuré par deux fonctionnaires de catégorie A de la direction générale de la santé, chargés par ailleurs d'autres fonctions.

Outre ces deux personnes, le secrétariat bénéficie d'un emploi de catégorie B, particulièrement destiné à la gestion de la liste des experts en accidents médicaux, ainsi que d'un poste à mi-temps d'un agent de catégorie C.

II - Missions et fonctionnement

II.1 - Elaboration 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 CNAM est chargée d'établir cette liste nationale, c'est-à-dire de prononcer l'inscription des experts et de procéder à leur radiation, soit à leur demande, soit 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.

Les premières inscriptions sur la liste des experts en accidents médicaux sont intervenues en mai 2005.

II.2 - Rapport annuel

La CNAM est chargée d'évaluer l'ensemble du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, dans le cadre d'un rapport remis chaque année avant le 15 octobre au Parlement et au Gouvernement.

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

Pour l'élaboration de ce rapport, la CNAM a, à l'instar de l'année précédente, demandé à chaque commission régionale un rapport 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 qui élabore le compte rendu des débats, en liaison étroite avec le président.

En 2003 et 2004, les travaux de la commission ont porté, notamment, sur les projets de décret relatif à la qualification des experts en accidents médicaux et d'arrêté comportant la composition du dossier de candidature. En effet, ce sont les membres de la CNAM (notamment choisis en fonction de leurs connaissances scientifiques ou du fait de leurs compétences dans le domaine de la réparation du dommage corporel) qui sont appelés à être rapporteurs des dossiers de candidature.

C'est pourquoi, des groupes de travail ont été constitués parmi les membres de la commission : l'un portant sur les conditions de qualification des experts en accidents médicaux et l'autre sur le contenu du dossier de candidature. Ces groupes ont commencé à travailler dès septembre 2003 et ont rendu, après de nombreux débats avec l'ensemble des membres de la commission, deux rapports au début de l'année 2004, sur la base desquels le décret et l'arrêté ont été rédigés. La commission a ensuite établi un *vade-mecum* à l'usage des rapporteurs.

Par ailleurs, en application de l'article L.1142-10 du code de la santé publique, la CNAM a élaboré des recommandations à l'attention des commissions régionales, visant à une application homogène de la procédure de règlement amiable par les commissions régionales.

Enfin, 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.

PREMIERE PARTIE :

PHOTOGRAPHIE DE L'EXISTANT

Afin de pouvoir établir le rapport annuel au Gouvernement et au Parlement, prévu par l'article L.1142-10 du code de la santé publique, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAM) a utilisé les données issues du rapport prévu par l'article R.1142-11, 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 adresser à la CNAM. Pour faciliter le recueil de ces informations, un format-type (cf. **annexe n° 1**) identique à celui de l'année dernière a été utilisé, de façon à permettre la comparaison. Sauf mention particulière, le sens des termes utilisés est celui indiqué dans ce document.

Cette partie comprend les principales données quantitatives tirées des rapports ainsi adressés par les CRCI. Elles ont fait l'objet d'une comparaison avec celles de la base de données que les CRCI partagent avec l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Cette comparaison a été à l'origine de certaines constatations relatives à la terminologie utilisée, qui ne seront évoquées que dans le résumé de cette première partie et dans la deuxième partie (point II.2.2 consacré au travail de clarification de certains termes). Les données présentées sont assorties de quelques commentaires et suivies d'une brève conclusion sur ce qu'il est possible d'en déduire. 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 disparités. 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 : Bagnolet (Haute-Normandie, Ile-de-France, Guyane, Guadeloupe-Martinique), Bagnolet-Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Pays-de-la-Loire, Réunion), Bagnolet-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). La répartition de la population entre les pôles interrégionaux et la carte de ceux-ci, fournies l'an passé, n'ont pas été reprises, du fait de l'absence de modification notable.

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

Toutes les commissions du territoire métropolitain sont désormais installées depuis plus d'un an. Ce n'est pas le cas de celles des départements d'outre-mer, dont l'installation a eu lieu le 8 juin 2004 pour la Réunion (15 dossiers reçus), le 1^{er} juillet 2004 pour la Guyane (2 dossiers reçus), le 2 mai 2005 pour la Guadeloupe et la Martinique, et qui n'ont pas encore rendu d'avis. Les données de ce rapport portent donc essentiellement sur les commissions du territoire métropolitain.

Le nombre annuel moyen de réunions est de 9, avec des extrêmes allant de 2 (Corse) à 24 (Ile-de-France). En moyenne, 14 membres sur les 20 ont été présents et l'assiduité n'a pas posé de problème de fonctionnement. Les variations interrégionales sont peu importantes (de 13 pour l'interrégion Sud à 16 pour celle de Lyon).

I.2 - Activité des CRCI

I.2.1 - Nombre de dossiers reçus

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

Au total, 3040 demandes de règlement amiable en vue d'indemnisation et moins d'une soixantaine de demandes initiales de conciliation ont été reçues. Certaines demandes d'indemnisation présentées devant la formation de règlement amiable et déclarées irrecevables ont ensuite fait l'objet d'un examen devant la formation de conciliation (cf. I.2.7). Il se confirme donc que, dans la quasi totalité des cas (98 %), les usagers s'adressent aux CRCI dans le but d'obtenir une indemnisation. 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 Bagnole (20 % de l'ensemble, pour une moyenne de 14 % par pôle). La figure 2 représente le nombre de demandes enregistrées par million d'habitant, qui est de l'ordre de 50 (1 / 20 000) et apparaît homogène. L'an dernier, 3253 demandes d'indemnisations avaient été reçues : c'est donc un certain tassement de la demande qui est observé.

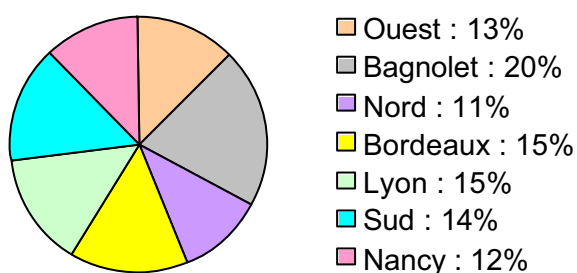


Figure 1. Répartition entre les pôles interrégionaux des demandes d'indemnisation ($n = 3040$)

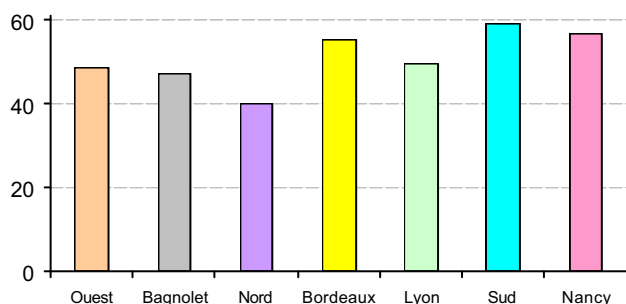


Figure 2. Nombre de demandes d'indemnisation par million d'habitants (données Insee 2004)

I.2.2 - Traitement des dossiers

La première étape est constituée par l'instruction préalable du dossier. En effet, environ les deux tiers 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 de la demande, préalable qui conditionne le passage à l'étape suivante. Le délai moyen entre la date du premier enregistrement et celle d'obtention d'un dossier complet est de l'ordre de deux mois et demi, avec d'importantes différences entre les régions (de quatre mois pour l'Ile-de-France à un mois pour la région Rhône-Alpes).

Si, dans la plupart des cas, la procédure et son fonctionnement sont globalement compris par les demandeurs, les commissions relèvent cependant quelques difficultés ; par exemple :

- s'agissant des professionnels et/ou des établissements de santé mis en cause : les victimes ne savent pas qui désigner, voire ne souhaitent pas désigner quelqu'un ;
- s'agissant du dommage, certains demandeurs confondent sa nature et sa cause ;
- s'agissant de la date des faits (exclusion de ceux antérieurs au 5 septembre 2001) ;
- s'agissant du ministère d'avocat, certaines victimes pensent qu'il est obligatoire.

Une fois le dossier considéré comme complet par la commission, la seconde étape consiste en un examen de sa recevabilité à partir des pièces justificatives, celles-ci pouvant être préalablement soumises « pour observation » à un expert (article R.1142-14 du code de la santé publique). S'il apparaît que les conditions requises pour une indemnisation ne sont pas remplies, la demande est rejetée ; si la demande est considérée comme recevable, la commission désigne des experts (article L.1142-9), le recours à l'expertise étant obligatoire. A cette étape, il existe donc deux possibilités : soit rejet, soit désignation d'expert.

Les résultats de cette première étape sont connus pour 3065 demandes d'indemnisation : 711 rejets sans expertise (23 %) et 2354 demandes d'expertises sur le fondement de l'article L.1142-9, dites expertises « au fond » (77 %). Ce nombre de 3065 est légèrement supérieur à celui des demandes d'indemnisation reçues (3040).

L'absence de concordance exacte 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 de valeurs fiables sur le devenir des demandes. Le nombre de dossiers traités est en nette augmentation par rapport à l'an dernier, où il était de 1615 (+ 90 %), en particulier du fait du nombre de demandes d'expertises qui a pratiquement doublé.

Sur les 3065 dossiers traités cette année, moins de 4 % (soit 94 dossiers) ont été soumis aux observations préalables d'un expert (article R.1142-14). Il se confirme que cette possibilité n'a pas été considérée comme efficace, l'expert n'étant pas habilité à entendre ni à examiner à ce stade la personne demandant réparation. En cas de doute, le président préfère généralement utiliser les compétences médicales disponibles au sein de la commission.

La [figure 3](#) représente la répartition entre pôles interrégionaux des rejets sans expertise et la [figure 4](#) celle des demandes de ces expertises. Les répartitions ne sont pas superposables à celle des demandes (cf. [figure 1](#)), ce qui résulte d'un rattrapage du retard de l'an dernier par certaines commissions, dont celle d'Ile-de-France. La [figure 5](#) représente le pourcentage de dossiers traités à cette étape par chaque pôle interrégional (même remarque concernant les conséquences du rattrapage) et la [figure 6](#) celui de dossiers rejetés.

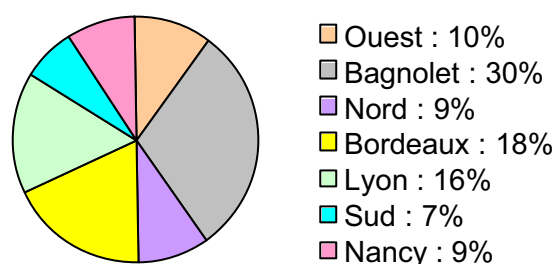


Figure 3. Répartition entre les pôles interrégionaux des rejets sans expertise ($n = 711$)

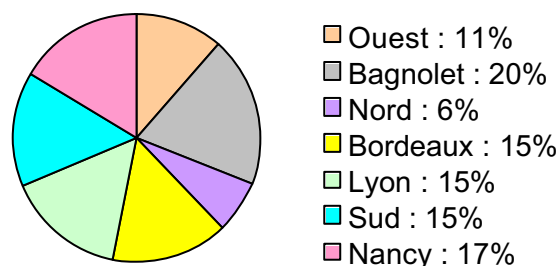


Figure 4. Répartition entre les pôles interrégionaux des demandes d'expertise (L.1142-9) ($n = 2354$)

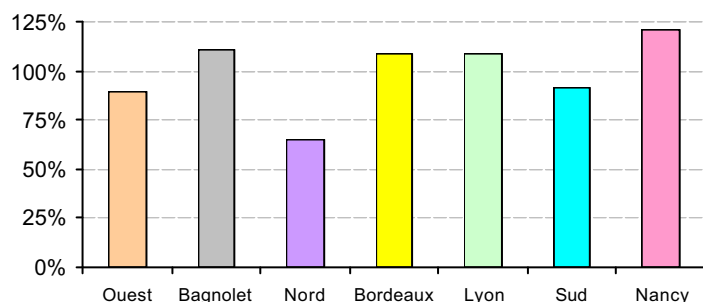


Figure 5. Pourcentage de dossiers traités selon les pôles interrégionaux (nombre de rejets et de demandes d'expertise durant l'année considérée / nombre de demandes d'indemnisation reçues durant la même période)

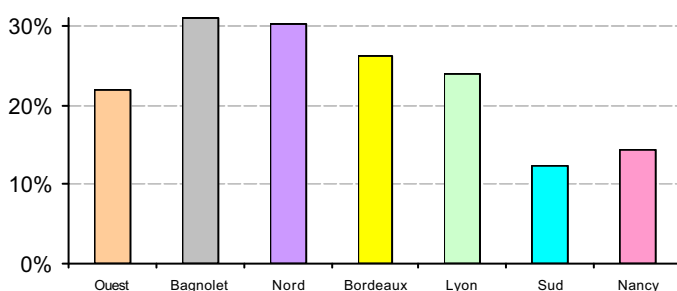


Figure 6. Pourcentage de dossiers rejetés sans expertise selon les pôles interrégionaux (nombre de rejets / nombre d'expertises et de rejets)

I.2.3 - Motifs des rejets sans expertise

Les motifs des 711 rejets ont été les suivants : dans 55 % des cas, l'absence manifeste des critères de gravité requis, dans 24 % des cas une autre cause (essentiellement le défaut de lien de causalité), dans 20 % des cas une date des faits antérieure à celle d'application de la loi. L'**annexe n° 4** fournit le détail des répartitions en fonction des pôles interrégionaux. Cette répartition n'est pas homogène. L'hypothèse peut être formulée que des explications préalables à l'envoi des dossiers aient exercé un filtre d'un niveau différent. Par exemple, pour ce qui concerne la date des faits ouvrant droit à l'indemnisation, la commission d'Ile-de-France insiste sur le temps consacré à expliquer au téléphone cette règle d'application de la loi, ce qui peut expliquer un pourcentage de rejets assez faible pour ce motif (9 %).

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

La figure 4 a fait apparaître leur répartition entre pôles interrégionaux et a déjà été commentée.

I.2.4.1 - La collégialité

Selon les termes de la loi (article L.1142-12), la désignation d'un collège d'experts est la règle de principe, l'expert unique étant l'exception. Dans les faits, en moyenne seules 28 % des expertises sont collégiales. La figure 7 représente les valeurs observées dans chaque pôle interrégional. Il existe des différences importantes, le taux d'expertises collégiales variant de 5,8 % (Lyon) à 55 % (Bagnolet).

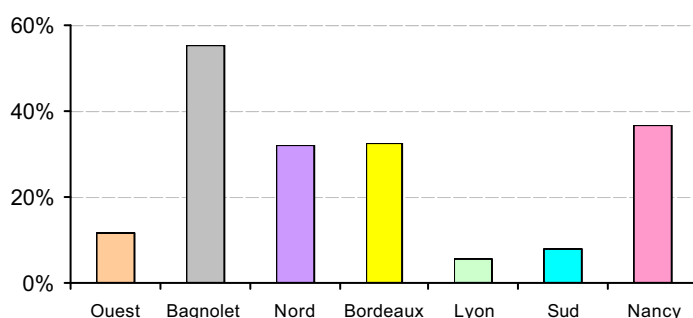


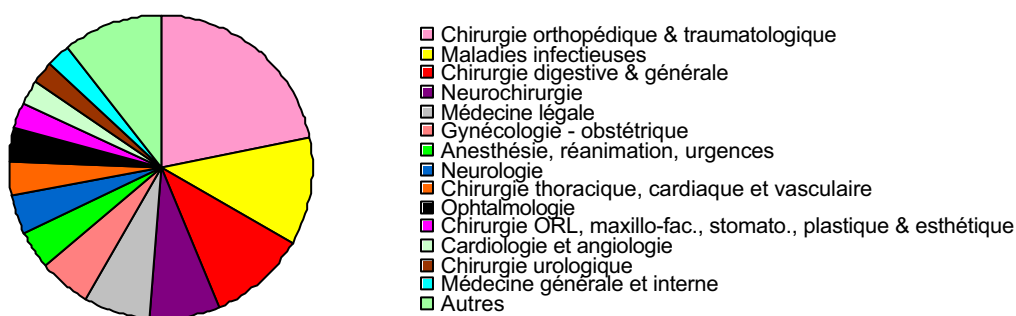
Figure 7. Pourcentage d'expertises collégiales selon les pôles interrégionaux

I.2.4.2 - 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. Toutefois, les commissions ont généralement eu ce souci, gage d'indépendance. Ce fut pratiquement toujours le cas de certaines commissions (pôle de Lyon). A l'exception de l'Ile-de-France, le recours à des experts inscrits sur la liste d'une autre juridiction d'appel que celle dans le ressort de laquelle les faits se sont produits dépasse 50 % pour la plupart des commissions ayant fourni ce renseignement. Toutefois, un exemple d'interférence entre l'expert et un médecin mis en cause a été signalé.

I.2.4.3 - Les disciplines

Tous les experts sont soit médecins, soit chirurgiens-dentistes : la discipline pour 3061 d'entre eux a été communiquée. La figure 8 représente la répartition des quatorze disciplines les plus sollicitées, qui regroupent plus de 90 % des experts désignés.



Globalement, plus de 60 % des experts relèvent de disciplines chirurgicales, associées à la gynécologie-obstétrique et à l'anesthésie-réanimation. La discipline chirurgicale la plus sollicitée est la chirurgie orthopédique et traumatologique, la discipline médicale la plus sollicitée concerne les maladies infectieuses. Les spécialistes de ces maladies sont vraisemblablement requis pour des demandes faites au titre d'une infection nosocomiale, alors que celles-ci sont connues pour être souvent consécutives à un acte chirurgical. Toutefois, la commission ne disposant pas encore de résumés médicaux anonymisés, l'analyse ne peut être davantage approfondie. La seule donnée médicale identifiable concerne la proportion d'infections nosocomiales dans les motifs d'indemnisation (cf. [figure 13](#)) : l'importante hétérogénéité interrégionale notée l'an dernier ne s'observe plus. Ceci peut s'expliquer par le plus grand nombre de dossiers traités, réduisant la part de hasard lié aux faibles effectifs.

La [figure 9](#) illustre la proportion d'experts sollicités hors liste des experts judiciaires. Seul le pôle de Bagnoleet a eu recours à un grand nombre d'experts non inscrits sur une telle liste. Par ailleurs, comme l'an passé, le recours à un sapiteur a été exceptionnel (85 cas, soit 3,6 %).

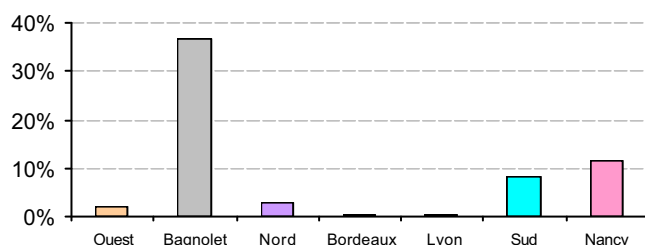


Figure 9. Pourcentage d'experts sollicités hors liste d'experts judiciaires selon les pôles interrégionaux

L'**annexe n° 5** fournit le détail des domaines des compétence recherchés par les commissions régionales et l'**annexe n° 6** les données des pôles interrégionaux, faisant apparaître certaines hétérogénéités : les pôles de Bagnoleet-Nord et Lyon recourent très peu à des spécialistes des maladies infectieuses ou de médecine légale et à une forte proportion de spécialités « chirurgicales » (au total respectivement 76 et 73 %) ; Nancy et Bagnoleet recourent fréquemment à des spécialistes des maladies infectieuses (respectivement 20 et 18 %) et très peu à ceux de médecine légale ; Bordeaux est le seul pôle où ces spécialistes dépassent 8 % (31 %). Ces chiffres indiquent ce qui a pu être réalisé et non les difficultés rencontrées. De telles difficultés ont notamment été signalées, en matière de chirurgie du rachis ou de neurochirurgie par Bagnoleet-Nord, Bagnoleet-Ouest et Lyon-Sud, de gynécologie-obstétrique par Bagnoleet, Bagnoleet-Ouest et Lyon, de spécialistes des maladies infectieuses par Bagnoleet-Nord, Bagnoleet-Ouest, Bordeaux et Lyon.

I.2.4.4 - 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 en cas de collègue d'experts. Le délai moyen de retour de l'expertise a été de quatre mois. Le recours à un complément d'expertise ou une nouvelle expertise a été rare (161 cas, soit 6,8 %).

I.2.5 - Les avis rendus après expertise

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.1442-8) que lorsque les dommages subis présentent le critère de gravité du préjudice prévu au II de l'article L.1142-1 et précisé par décret (article D.1142-1) ; cet avis porte sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable. Compte tenu de ces règles, les avis prononcés par les commissions estimant qu'il n'y a pas lieu de proposer une indemnisation (désignés souvent par la formule « avis négatif ») représentent 56 % des cas (soit 851 dossiers) et ceux estimant qu'il y a lieu de proposer une indemnisation (souvent dénommés « avis positif » - articles L.1142-8 et R.1142-16 -) s'élèvent à 44 % des cas (soit 655 dossiers). Au total, les CRCI se sont prononcées après expertise dans 1506 dossiers. La différence entre ce nombre et celui de 2354 expertises demandées vient de la saisie des données sur une période donnée et suggère un allongement par rapport à l'an dernier des délais de traitement des dossiers jugés recevables, en particulier du fait du délai de retour des rapports d'expertise. L'an dernier, les CRCI ne s'étaient prononcées après expertise que dans 403 dossiers : le nombre d'avis positifs a plus que triplé, celui d'avis négatifs a plus que quadruplé.

I.2.5.1 - Les avis négatifs (estimant qu'il n'y a pas lieu de proposer une indemnisation)

Les motifs des rejets à ce stade relèvent de quatre catégories : tout d'abord et principalement, puisque cette motivation recouvre 52 % des cas (soit 442 dossiers), l'absence de gravité suffisante du dommage au regard de l'exigence légale ; puis une ventilation quasi égale de deux motifs : dans 23 % des cas (soit 192 dossiers), l'absence de lien de causalité, dans 18 % des cas (soit 151 dossiers), l'imputation du dommage à l'état de santé antérieur de la personne ; enfin dans 8 % des cas (soit 66 dossiers), un autre motif non précisé. La figure 10 représente la proportion d'avis négatifs dans les avis rendus selon le pôle interrégional. La répartition est relativement homogène, à l'exception du pôle Lyon-Sud.

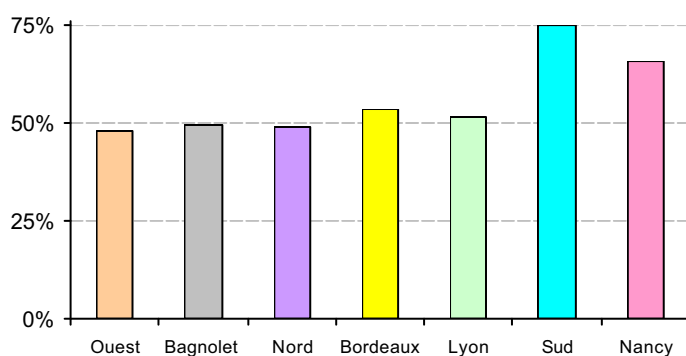


Figure 10. Proportion d'avis négatifs selon les pôles interrégionaux ($n = 1506$ avis)

I.2.5.2 - Les avis positifs (estimant qu'il y a lieu de proposer une indemnisation)

Le principal critère de gravité retenu pour proposer une indemnisation a été un décès ou un taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 24 % dans 52 % des cas (soit 339 dossiers), une durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT) de plus de six mois dans 35 % des cas (soit 230 dossiers), des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence dans 11 % des cas (soit 69 dossiers), l'inaptitude à exercer l'activité professionnelle dans 3 % des cas (soit 17 dossiers). La répartition des critères de gravité retenus dans chaque pôle interrégional apparaît nettement plus homogène que l'an dernier (cf. **annexe n° 7**).

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 7,1 mois, avec des extrêmes de 5,7 (Bagnolet-Ouest) à 7,9 mois (Lyon-Sud), auquel il convient de rajouter le délai entre la date de la réunion et celle de l'envoi de l'avis, qui peut atteindre deux semaines.

I.2.6 - Les propositions d'indemnisation

Le nombre des avis estimant qu'il y a lieu de proposer une indemnisation a été de 655 : 203 au titre d'une infection nosocomiale (IN : 31 %) et 452 hors infections nosocomiales (HIN : 69 %). La figure 11 représente la répartition des avis estimant que le dommage est indemnisable par les assureurs (au titre de la responsabilité d'un professionnel et/ou d'un établissement de santé : article L.1142-14) et de ceux estimant que le dommage est indemnisable au titre de la solidarité nationale, y compris dans le cas des infections nosocomiales graves (ONIAM : art. L.1142-17). La figure 13 représente les données par pôle interrégional. Si l'hétérogénéité notée l'an dernier dans la répartition IN / HIN s'est nettement réduite, la répartition entre ONIAM et assureurs reste hétérogène. Outre que le rôle du hasard ne peut être éliminé en raison des faibles effectifs résultant du grand nombre de catégories d'indemnisation, l'absence de données médicales sur le type d'affaires traitées ne permet pas encore de proposer d'explication.

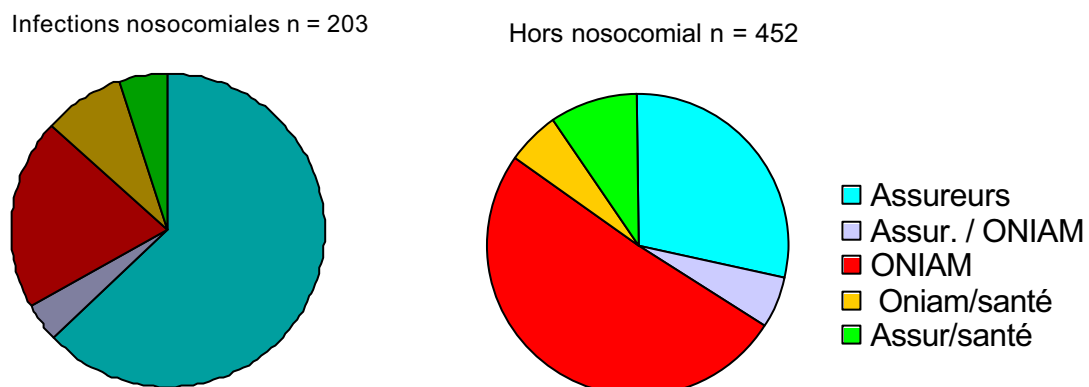


Figure 11. Répartition des propositions d'indemnisation

I.2.7 - Les conciliations

Lorsqu'une commission estime que le dommage ne remplit pas les critères de gravité requis, elle doit informer le demandeur de la possibilité qu'il a de saisir la formation de conciliation. Celle-ci a été sollicitée dans 162 cas et a donné lieu à un document écrit dans 65 cas, dont 26 pour la seule région Ile-de-France. Le rapport de conciliation a abouti à un accord dans 15 cas (dont 11 pour l'Ile-de-France). Globalement, cette procédure est donc peu utilisée et se termine rarement par un accord. Le pôle de Bagnolet représente, toutefois, une exception : le rapport entre le nombre de demandes de conciliation et le nombre de demandes ne remplissant pas les critères de gravité (sans expertise ou au vu de celle-ci) est de 41 %, contre une moyenne de 14 % pour les autres pôles (figure 12).

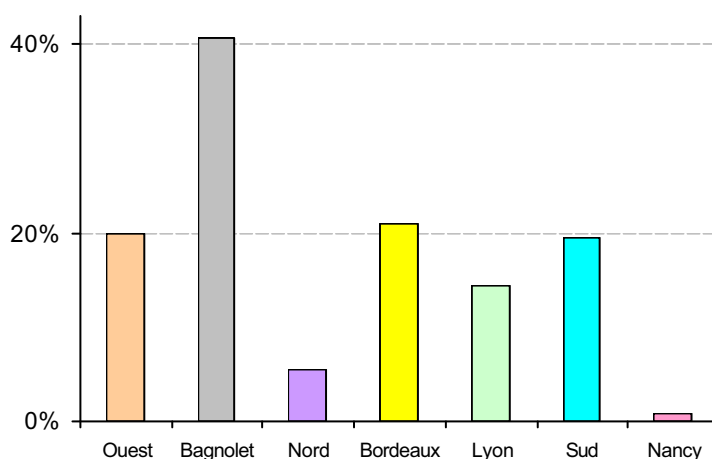
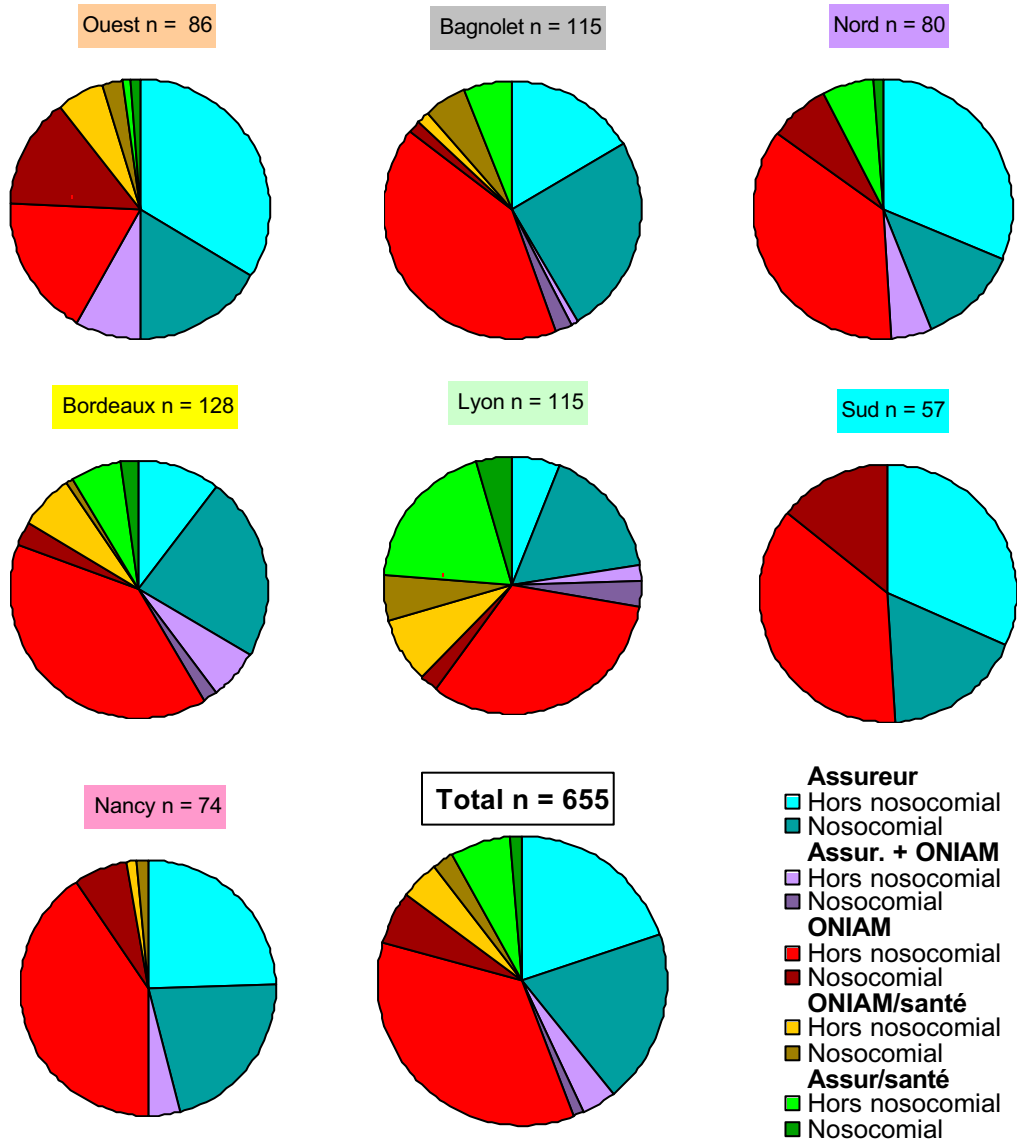


Figure 12. Pourcentage de demandes de conciliation par rapport aux demandes ne remplissant pas les critères de gravité selon les pôles interrégionaux



| | Hors infections nosocomiales | Infections nosocomiales | Assureurs | Assureurs + ONIAM | ONIAM | ONIAM + santé | Assureur + santé |
|----------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------|-------|---------------|------------------|
| B-Ouest | 66% | 34% | 50% | 8% | 31% | 8% | 2% |
| Bagnolet | 66% | 34% | 42% | 3% | 43% | 7% | 6% |
| B-Nord | 79% | 21% | 44% | 5% | 44% | 0% | 8% |
| Bordeaux | 69% | 31% | 34% | 8% | 42% | 8% | 9% |
| Lyon | 67% | 33% | 23% | 5% | 35% | 14% | 23% |
| L-Sud | 68% | 32% | 49% | ND | 51% | ND | ND |
| Nancy | 70% | 30% | 46% | 4% | 47% | 3% | 0% |
| Total | 69% | 31% | 39% | 5% | 41% | 7% | 8% |

Figure 13. Répartition des types d'indemnisations proposées selon les pôles interrégionaux

I.3 - En résumé

I.3.1 - Une demande stable et une activité des CRCI en nette augmentation

Le nombre de saisines des CRCI a été soutenu, avec plus de 3000 dossiers enregistrés, mais en légère diminution par rapport à l'an dernier (- 6 %). Ces demandes étaient également réparties sur le territoire métropolitain, en fonction de la population relevant de chaque pôle interrégional. Par rapport à l'an dernier, le nombre d'expertises demandées a doublé, celui des propositions d'indemnisation a triplé, celui des rejets quadruplé.

I.3.2 - Des résultats relativement homogènes

L'objet des saisines des CRCI a été l'indemnisation dans la quasi totalité des cas (98 %). Environ un quart de ces demandes a été rejeté sans expertise, essentiellement en raison d'une gravité manifestement inférieure aux critères légaux et réglementaires. Les autres demandes ont fait l'objet d'une expertise, au vu de laquelle la CRCI a, plus d'une fois sur deux, estimé qu'il n'y avait pas lieu de proposer une indemnisation et, un peu moins d'une fois sur deux, rendu un avis positif. Dans le premier cas, le recours ultérieur à une procédure de conciliation a été rare. Dans le second cas, l'avis a été transmis à l'ONIAM dans environ la moitié des cas, à l'assureur dans un peu moins de la moitié des cas, le reste ayant consisté en un partage entre les deux. Les infections nosocomiales ont représenté un peu moins du tiers du nombre des propositions d'indemnisation (33 % l'an dernier). Ce schéma est relativement reproductible d'un pôle interrégional à l'autre, sauf pour la répartition entre ONIAM et assureurs et, surtout, le partage avec l'état de santé antérieur du patient, qui apparaît moins homogène mais porte sur de faibles effectifs.

I.3.3 - Des fonctionnements hétérogènes

L'ensemble des règles requises n'a pu être respecté. Qu'il s'agisse des différents délais, de la collégialité des experts, de la spécialité de ceux-ci ou de leur inscription sur une liste, aucun pôle n'a pu toutes les respecter. Surtout, il apparaît que les différents pôles n'ont pas privilégié les mêmes règles. Ainsi, celui de Bagnolet a résorbé une grande partie du retard de l'année précédente, s'est efforcé de respecter la collégialité, mais a fait appel à une forte proportion d'experts non inscrits sur une liste d'experts judiciaires et n'a pu respecter les délais ; celui de Bordeaux a plus souvent respecté les délais, mais a largement fait appel à des spécialistes de médecine légale plutôt qu'à ceux pratiquant l'acte en cause ; celui de Lyon a fait appel, au contraire, à de tels spécialistes en veillant à ce qu'ils exercent dans une région différente, mais a eu exceptionnellement recours à un collège d'experts et n'a pu tenir les délais. Compte tenu des choix opérés par les différentes CRCI de privilégier le respect de certaines règles plutôt que d'autres, une harmonisation s'impose.

Par ailleurs, le fait de disposer de résumés anonymisés comportant des informations médicales devrait permettre à la CNAM de s'assurer que des cas relativement similaires reçoivent un traitement comparable de la part du système mis en place. L'accès à de telles informations lui est indispensable pour mener à bien la mission que la loi lui confie « de veiller à une application homogène » des règles « par les commissions régionales instituées à l'article L.1142-5 et d'évaluer l'ensemble du dispositif ». Cette question fait l'objet d'une proposition (*cf.* III.4.2) .

I.3.4 - Des données à fiabiliser

Les éléments fournis dans cette partie du rapport reposent encore, en grande partie, sur des recherches manuelles effectuées par les CRCI, en raison, notamment, de difficultés rencontrées au niveau de la base de données partagée avec l'ONIAM. Toutefois, certains des chiffres produits sont issus de cette base de données, laquelle devrait progressivement prendre plus d'importance. Au-delà de la prudence que ces difficultés imposent dans l'interprétation des chiffres, certaines d'entre elles peuvent être révélatrices de divergences dans l'interprétation des textes. En effet, les indications chiffrées disponibles sont dépendantes des catégories juridiques existantes. Or, l'analyse qui a été menée à partir, aussi bien des rapports des présidents de CRCI que des informations fournies par l'ONIAM, a permis de mettre en évidence des divergences d'interprétation des différents actes de procédure produits par les CRCI. Dès lors que les catégories d'actes tels que « avis », « rejets », « demandes recevables », « demandes irrecevables » ne qualifient pas toujours les mêmes situations, les données statistiques fournies ne peuvent être réellement fiables.

Pour l'avenir, la CNAM se propose de procéder à une mise à plat des différentes étapes du traitement d'une saisine de CRCI ; il faudra au minimum séparer la phase d'examen de la recevabilité de la demande de celle de son examen au fond quand la victime se voit reconnaître un droit d'action. Pour être en mesure de porter une appréciation objective du fonctionnement global du système, il faut pouvoir identifier le nombre de demandes introduites, celles qui ont été déclarées irrecevables ; puis, au sein des dossiers recevables, il faut repérer la manière dont ils sont clôturés, afin de connaître de façon précise les différentes issues des procédures. Il conviendra, par ailleurs, de faire en sorte que, d'une part, les données entrées fassent l'objet d'une vérification périodique et, d'autre part, les calculs statistiques nécessaires à l'évaluation du système soient intégrés dans le logiciel, dans un double souci de fiabilité et de simplification des tâches. Il sera, enfin, souhaitable de pouvoir préciser quel est le pourcentage des différents types de « conclusions » rendues pour l'ensemble des dossiers reçus pendant une période d'un an (lorsque le système informatique permettra le suivi complet d'un dossier, de son ouverture à sa clôture).

DEUXIEME PARTIE :

LES ACQUIS ET LES TRAVAUX EN COURS

II.1 - Les acquis

La CNAM se réunit en séances plénières et, en fonction des questions spécifiques traitées, en groupes de travail.

II.1.1 - Mission et rapport type d'expertise

Après avoir constaté la disparité existant entre les missions d'expertise adressées aux médecins experts par les CRCI, la commission nationale a estimé nécessaire de procéder à une recommandation visant à les harmoniser.

Un groupe de travail a donc été constitué, coordonné par Madame le Dr. Hugues-Béjui. L'élaboration de cette recommandation est ensuite passée par une phase de travail et de débats au sein de la commission.

Le but était double, d'abord rédiger une seule mission d'expertise permettant de pouvoir ainsi harmoniser ce qui était réalisé par les présidents des CRCI, puis élaborer un livret comportant les précisions nécessaires à la compréhension du cadre dans lequel l'expert est missionné, apportant des éléments de réponses aux problèmes soulevés par l'expertise elle-même et sa préparation et abordant des aspects pratiques sur le déroulement de cette expertise.

La commission a souhaité rappeler que le rôle de l'expert était essentiellement de se prononcer sur les causes et les circonstances du dommage ainsi que sur son évaluation, avec des informations relatives au respect des règles de l'art, mais qu'il ne lui appartenait, en aucun cas, de se prononcer sur les responsabilités, domaine qui appartient exclusivement aux CRCI.

La recommandation comporte deux documents.

Le premier document, intitulé « mission d'expertise médicale pour l'évaluation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales », comprend trois parties regroupant les questions essentielles auxquelles doit répondre l'expert. La première porte sur les circonstances de survenue du dommage, la deuxième sur l'analyse médico-légale du dommage et la troisième sur l'évaluation des séquelles du dommage.

La commission nationale a estimé que la recherche d'une infection nosocomiale ne devait pas faire l'objet d'une mission spécifique, dans la mesure où l'existence d'une telle infection n'est pas nécessairement identifiée dès la saisine de la commission régionale. En revanche, les trois parties contiennent des questions très précises posées à l'expert permettant ensuite à la commission régionale, à la lecture du rapport d'expertise, de rendre un avis en toute connaissance de cause.

Le second document, intitulé « livret de l'expert », apporte des précisions sur les concepts utilisés, notamment le caractère de gravité nécessaire pour la recevabilité d'un dossier devant une CRCI et les conditions dans lesquelles doit se dérouler l'expertise, eu égard notamment au principe du contradictoire. Ce livret comporte des précisions destinées à aider l'expert à déterminer les différents chefs de préjudice et à prendre en compte l'état antérieur du patient.

Ce « livret » aborde également la rédaction du rapport d'expertise : il est, en effet, demandé à l'expert de rédiger son rapport en émettant un avis technique extrêmement motivé et précis, mais pouvant être compris de tous. Le rapport devra donc comporter en termes techniques, puis en termes plus compréhensibles par la victime, la justification et la motivation des conclusions proposées, tant dans l'analyse du dommage que dans la détermination de l'imputabilité et l'évaluation des séquelles.

Ces deux documents ont fait l'objet d'une présentation aux présidents de CRCI qui y ont apporté des modifications et suggestions permettant d'aboutir à des documents consensuels.

II.1.2 - Formation des experts en matière de responsabilité médicale

Une des missions de la CNAM consiste à organiser la formation des experts en accidents médicaux. Un groupe de travail a donc été constitué, coordonné par Madame le Pr. Thouvenin.

En préambule, la commission nationale a constaté que les futurs experts ne seront pas tous des médecins et que le domaine de la responsabilité médicale recouvre d'autres secteurs que celui concernant l'indemnisation des victimes des accidents médicaux. L'activité médicale est un cas d'application parmi d'autres des règles de droit relatives à la prise en charge des conséquences dommageables des activités humaines. Aussi l'enseignement a-t-il été conçu pour rendre compte de la manière dont la responsabilité médicale s'insère dans les trois corps de règles qui régissent la responsabilité (civile, administrative, pénale).

Et dans la mesure où les règles de responsabilité sont susceptibles d'être invoquées aussi bien (sauf la responsabilité pénale) devant les tribunaux que devant la CRCI, l'enseignement a été construit de telle manière à croiser les règles de fond de responsabilité avec les différentes actions dont disposent les victimes.

Le projet d'enseignement comporte une partie consacrée aux procédures juridictionnelles, tant judiciaire qu'administrative, et une partie consacrée au dispositif de règlement amiable résultant des lois du 4 mars et du 30 décembre 2002, l'étude de cas pratiques étant regroupée en fin de formation, ce qui permettra de favoriser un travail de synthèse.

Afin de dispenser une formation de qualité aux futurs experts, la commission nationale estime nécessaire de confier l'enseignement à un « corps professoral » pouvant faire appel à des universitaires, des membres du Conseil d'Etat, des magistrats ou des avocats, c'est-à-dire à des praticiens rompus à ces questions.

Cette formation sera répartie en six demi-journées sur une période de trois jours, consécutifs ou non, selon des formules à définir, afin d'éviter à certains praticiens, libéraux en particulier, de bloquer trois journées consécutives.

Les sessions ne devront pas comporter un trop grand nombre de participants, afin de favoriser les échanges et une meilleure appréhension des aspects pratiques de cet enseignement.

Le coût de cette formation sera à la charge des candidats, qui pourront recourir à des dispositifs de prise en charge dans le cadre de la formation continue. Il conviendra de veiller à ce que ce coût soit compatible avec le niveau des indemnités prévues pour chaque expertise. L'objectif de la commission nationale n'est pas de créer un « corps » d'experts professionnels, mais de former des praticiens aptes à réaliser des expertises de qualité. L'enseignement pourrait s'effectuer dans les locaux parisiens de l'Ecole nationale de la magistrature.

Enfin, la CNAM se prononcera sur les possibles équivalences d'enseignement obtenu par les experts, dispensé dans le cadre privé ou universitaire.

II.1.3 - Elaboration de la liste des experts en accidents médicaux

Un groupe de travail a été constitué, dès juillet 2003, afin de faire prendre en considération, dans le cadre de l'élaboration du décret relatif à la qualification des experts prévu à l'article L.1142-11 du code de la santé publique, toutes les compétences nécessaires à l'expertise médicale, de nature à permettre la création d'une liste spécifique et non l'adaptation d'une liste existante.

Il a été confirmé, à l'occasion de ces travaux, qu'une nomenclature des rubriques d'inscription ne se justifiait pas et qu'il était préférable de proposer, pour chaque expert, le domaine de compétence qui lui est spécifique et qui ne recouvre pas nécessairement les spécialités reconnues par le Conseil national de l'ordre des médecins.

Ces travaux de la CNAM ont servi de base au Gouvernement pour l'élaboration du décret du 23 décembre 2004 relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux et de son arrêté d'application de la même date (J.O. du 28 décembre 2004).

La commission nationale a décidé de faire connaître aux présidents de CRCI si l'expert, inscrit dans un domaine de compétence spécifique, dispose également de connaissances et d'une expérience suffisantes en matière d'évaluation du dommage corporel, lui permettant de réaliser des expertises seul. Dans le cas d'une réponse négative, le candidat est inscrit dans le domaine de compétence revendiqué et la CRCI devra systématiquement lui adjoindre un co-expert, médecin particulièrement compétent en réparation du dommage corporel pour l'évaluation de celui-ci, qu'il est donc prévu d'inscrire sur la liste nationale. Les experts inscrits à ce seul titre ne pourront être désignés que dans un collège comportant un co-

expert de la discipline mise en cause. Certains experts disposeront de la double qualification s'ils remplissent les deux types de critères.

Enfin, sur proposition d'un autre groupe de travail, a été élaboré le «*vade-mecum* des rapporteurs » désignés pour étudier les candidatures à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux. Ce groupe a été confié à Madame le Pr. Gromb.

II.1.3.1 - Modalités pratiques

- Publicité

Pour les appels à candidature, une large «publicité » a été faite par la CNAM auprès des sociétés savantes, des ordres professionnels concernés, des présidents des compagnies d'experts judiciaires. Les présidents de CRCI ont été invités à inciter les experts auxquels ils font appel à se présenter.

Par ailleurs, le secrétariat de la CNAM a mis en place des informations circonstanciées sur le site Internet du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr, pour faciliter l'information de ceux qui souhaiteraient s'inscrire, en leur expliquant le mécanisme de cette inscription ainsi que les pièces à fournir.

- Désignation et rôle des rapporteurs

La commission nationale a décidé que chaque dossier de candidature serait confié à deux rapporteurs et que l'un d'eux devrait être médecin. La commission a rappelé que, en cas de conflit d'intérêts en raison d'un lien, direct ou indirect, avec le candidat, le rapporteur devait se récuser (article 4 du règlement intérieur, qui renvoie lui-même à l'article L.1421-3-1 du code de la santé publique).

Le rôle du secrétariat et celui des rapporteurs a été clairement défini : la vérification du caractère complet du dossier, c'est-à-dire sa recevabilité, appartient au secrétariat de la commission. L'appréciation qualitative du dossier revient aux rapporteurs et aux autres membres de la commission. En effet, les rapporteurs ont le devoir d'apprécier les actions de formation suivies, la nature et le nombre des actes médicaux ou chirurgicaux, le nombre, l'origine et la qualité des expertises effectuées ou tous autres éléments concrets figurant au dossier.

- Inscriptions

Depuis la publication, fin décembre 2004, des textes relatifs aux conditions de qualification des experts en accidents médicaux et à la composition du dossier, la commission a procédé à l'inscription d'experts sur la liste. A ce jour, plus de 400 candidats se sont manifestés et 27 dossiers ont été examinés : 24 décisions d'inscription ont été prises et 3 rejets ont été prononcés. Environ 10 à 15 dossiers sont examinés lors de chaque séance de la commission qui, pour faire face à cette tâche, a doublé la durée de ces séances.

I.3.2 - Détermination des domaines de compétence

- Compétence au regard de l'activité effective des candidats dans leur spécialité

Si, pour chaque candidat, l'analyse des diplômes obtenus et de la ou des spécialité(s) au titre desquelles il est inscrit au tableau de l'ordre des médecins, du nombre de publications, de la participation à des enseignements ou à des séances d'actualisation des connaissances ne pose pas de problème particulier, il n'en est pas de même pour l'appréciation de son exercice professionnel.

En effet, en pratique, ce n'est pas parce qu'un médecin est reconnu qualifié dans une spécialité qu'il a, pour autant, le même niveau de compétence pour l'ensemble des domaines couverts par cette spécialité. Ainsi, à titre d'exemples, on peut citer les cas d'un chirurgien ne prenant en charge que les adultes dans sa spécialité chirurgicale ou, au contraire, plus particulièrement actif dans la prise en charge des enfants, d'un radiologue ayant une activité quasi exclusive en radiologie vasculaire et interventionnelle, d'un gynécologue-obstétricien n'assurant plus de garde d'obstétrique ou n'intervenant plus en salle d'accouchement ou effectuant en grande majorité de la chirurgie gynécologique, en particulier la prise en charge des cancers, ou, au contraire, réalisant la majorité de son activité en diagnostic prénatal et échographie fœtale de dépistage, ...

L'une des difficultés imposant aux rapporteurs des recherches pour compléter leur information, est d'appréhender l'activité effective des postulants au cours des précédentes années et non à un moment de leur cursus professionnel sans, pour autant, s'orienter vers une définition de « sur-spécialistes ».

Ainsi, un certain nombre de candidatures font l'objet de précisions du type « mention particulière ... », afin de permettre aux présidents des CRCI le choix le plus adapté aux actes et pratiques médicaux pour lesquels ils veulent nommer un expert. Bien sûr, ces précisions ne peuvent être trop poussées, sous peine de compliquer la lisibilité de la liste des experts. Au demeurant, la déontologie des experts comporte qu'ils fassent connaître si certains dossiers d'accidents médicaux sortent de leur domaine de compétence effective dans le cadre de leur spécialité réelle.

Cette volonté d'obtenir la réalisation des expertises par des praticiens à jour dans leurs connaissances, et régulièrement confrontés aux actes et prises en charge qu'ils seront amenés à analyser est un des objectifs forts pour l'élaboration de la liste d'experts en accidents médicaux.

- Compétence en réparation du dommage corporel

Si les experts sont choisis par les présidents des CRCI pour leur compétence effective dans le domaine concerné par l'accident médical, ils ne sont pas nécessairement aptes à effectuer l'évaluation du dommage corporel qui en découle, à l'issue d'une expertise pourtant bien menée.

De ce fait :

- soit il ressort de son dossier de candidature qu'un expert a une réelle pratique de l'évaluation du dommage corporel (nombre, qualité des expertises de ce type présentées par le candidat) :

↳ dans l'hypothèse où il satisfait, en outre, au critère réglementaire (80 expertises dans les 5 dernières années), le candidat est inscrit, s'il le demande, en réparation du dommage corporel;

↳ dans le cas contraire, son inscription mentionne qu'il est «apte à réaliser seul des expertises », c'est-à-dire autonome pour l'évaluation du dommage corporel dans son ou ses domaines de compétence ;

- soit il est spécifié qu'« il ne peut pratiquer seul des expertises », et l'expertise sera effectuée en collégialité avec un expert en réparation du dommage corporel.

Ainsi, trois types de situations peuvent se présenter :

1°) L'expert se voit reconnaître une compétence dans un (des) domaine(s) technique(s) précis (ex. : chirurgie viscérale). Dans ce cas, cet expert ne peut être nommé par un président de CRCI qu'au sein d'un collège comprenant un expert compétent dans la réparation du dommage corporel.

2°) L'expert, outre sa (ses) compétence(s) technique(s), est reconnu «apte à réaliser seul des expertises » dans ce (ces) domaine(s), parce qu'il possède des connaissances suffisantes en réparation du dommage corporel.

3°) L'expert, outre sa (ses) compétence(s) technique(s), est « inscrit en réparation du dommage corporel ». Dans cette hypothèse, il peut intervenir en réparation du dommage corporel, non seulement dans son (ses) domaine(s) de compétence mais également, à la demande d'un président de CRCI, en appui d'un expert désigné au regard d'une autre compétence technique (et qui ne peut réaliser une expertise seul).

4°) L'expert peut n'être inscrit qu'en réparation du dommage corporel. Il ne peut être nommé qu'au sein d'un collège par un président de CRCI.

II.1.4 - Définitions

Un groupe de travail a été constitué, coordonné par Madame le Pr. Thouvenin, pour étudier la possibilité de donner des définitions, notamment aux trois termes «génériques » : accident médical, affection iatrogène et infection nosocomiale.

Après avoir abordé cette question selon une procédure itérative et comparative appelée méthode DELPHI, sous l'égide du Pr. Massol, Madame le Pr. Thouvenin, s'appuyant sur les travaux parlementaires de la loi du 4 mars 2002, a montré les difficultés inhérentes à la définition de ces concepts.

Il est apparu nécessaire de s'orienter vers une définition commune aux juristes et aux experts médicaux, afin d'harmoniser les différents points de vue.

En ce qui concerne les infections nosocomiales, le ministère de la santé a chargé un groupe de travail du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) de parvenir à une définition consensuelle de cette notion. Dans ce cadre, il a été décidé d'associer certains membres de la CNAM aux travaux de ce groupe, travaux qui sont actuellement en cours et qui devraient s'achever avant la fin de l'année 2005.

Dès à présent, la CNAM a arrêté une définition d'autres termes, comme «risque médical » et « événements iatrogènes graves ».

II.1.5 - Actes sans finalité thérapeutique

Les actes à visée non thérapeutique, parmi lesquels sont classés ceux d'ordre purement esthétique et culturel (circoncision), ont fait l'objet de nombreuses réflexions.

Après avoir consulté l'administration centrale, l'ONIAM et les membres spécialistes au sein de la CNAM, puis avoir procédé à une analyse complète et précise de la situation, la CNAM a élaboré une recommandation. Celle-ci constate que, en l'état actuel des textes législatifs et de la jurisprudence, il n'est pas possible d'exclure du champ d'application de la loi du 4 mars 2002 les actes médicaux sans finalité thérapeutique directe, qu'il s'agisse de la chirurgie esthétique ou d'actes médicaux à finalité culturelle. En revanche, cette recommandation ne concerne pas d'autres actes, comme le perçage et le tatouage.

Cette recommandation a été adressée aux présidents des commissions régionales.

II.1.6 - Auditions et rencontres

II.1.6.1 - Présidents de CRCI

Les membres de la commission nationale ont procédé à l'audition des présidents des CRCI, afin de prendre connaissance des difficultés d'ordre matériel ou organisationnel, mais également de fond, que peuvent rencontrer les commissions régionales.

Les présidents ont évoqué le problème posé par la portée de leurs avis : ils ont appelé l'attention de la commission sur les difficultés engendrées par le refus de l'ONIAM, mais également des assureurs, de toujours suivre l'avis qui est donné, sans qu'ils soient informés des motifs de ce refus.

La CNAM a demandé et obtenu de l'ONIAM et également des assureurs que, lorsque de tels cas se produisent, ils en informent la commission régionale et les personnes concernées.

Des échanges ont eu lieu également sur la nécessaire connaissance que doit avoir la CNAM des avis rendus par les CRCI, afin de pouvoir les harmoniser. Se pose, toutefois, le problème de leur anonymisation avant d'être adressés à la commission nationale, les présidents précisant qu'il n'ont pas la possibilité d'effectuer une telle tâche, même s'ils sont conscients de l'importance du sujet. Cet aspect a aussi été débattu avec le directeur de l'ONIAM, qui a fait parvenir à la CNAM une centaine d'avis anonymisés, afin d'en permettre l'analyse.

II.1.6.2 - Fédération de l'hospitalisation privée

La CNAM a également été amenée à rencontrer la Fédération de l'hospitalisation privée, qui avait le souhait de procéder avec elle à un échange de vue sur les conditions d'expertise et les disparités dans les pratiques des différentes CRCI.

Il a été demandé que la diffusion du rapport d'expertise soit faite dans son intégralité à tous les membres des CRCI, car les pratiques inégales aboutissaient à des disparités très importantes, certains membres ayant accès au rapport ou au dossier complet, d'autres aux seules conclusions de l'expert, d'autres enfin au résumé réalisé par le président, déjà accompagné de son avis. Cette demande a fait l'objet d'une recommandation adressée aux présidents de CRCI.

La F.H.P. s'est également inquiétée de la prise en considération des actes à visée non thérapeutique, estimant que les interventions de perçage, tatouage ou esthétique, n'entraient pas dans le champ d'application de la loi du 4 mars 2002. Cet aspect a trouvé une réponse dans la recommandation de la CNAM à ce sujet (cf. ci-dessus point I.5).

II.1.6.3 - Commission d'accès aux documents administratifs

La rencontre avec le rapporteur général de la CADA a permis de faire le point sur le type de personnes - non désignées par les textes législatifs et réglementaires - pouvant être destinataires des avis des CRCI. Il apparaît, en effet, que certains universitaires souhaiteraient pouvoir faire des études approfondies sur le sujet et donc obtenir ces avis.

La CADA précise que cela n'est pas possible du fait du caractère spécifique des avis rendus par les CRCI. Concernant leur transmission à la CNAM, conformément aux textes législatif et réglementaire, elle estime que, sauf modification des textes, l'anonymisation des avis est un passage obligé.

II.1.6.4 - Autres rencontres

D'autres rencontres ont été réalisées en particulier avec l'ONIAM, lors des réunions mensuelles de la CNAM ou lorsque certains de ses membres se sont rendus au siège de l'office. Des discussions ont permis d'aboutir à la nécessaire collaboration entre la commission nationale et l'ONIAM, en particulier en ce qui concerne l'exploitation de certaines données des CRCI, qui pourrait être réalisée par l'ONIAM (par exemple, anonymisation de certains avis).

II.2 - Les travaux en cours

Outre l'inscription des experts en accidents médicaux sur la liste nationale, qui constitue maintenant une tâche de plus en plus lourde pour la CNAM, la commission va poursuivre ses autres missions.

Pour les prochains mois, elle s'oriente principalement vers : la poursuite de l'élaboration de recommandations à destination des commissions régionales, en vue d'harmoniser leurs travaux, la fiabilisation de l'outil informatique, en liaison avec l'ONIAM, et la mise en place de la formation, conformément à la volonté du législateur.

II.2.1 - Poursuite de l'élaboration de recommandations

II.2.1.1 - Harmonisation des avis des CRCI

La nécessaire connaissance que doit avoir la CNAM des avis rendus par les commissions régionales a été rappelée ci-dessus (I.6.1), afin de pouvoir les harmoniser. Cette harmonisation constitue, en effet, une des modalités permettant au demandeur de bénéficier d'un même «traitement », quel que soit le pôle interrégional dont dépend la commission à laquelle il s'est adressé.

En l'attente d'une solution au problème lié à la confidentialité de ces avis, l'ONIAM en a fait parvenir à la CNAM une centaine, après anonymisation (cf. I.6.1). Ils ont été communiqués à quelques membres de la commission, qui procèdent à leur analyse et soumettront à l'ensemble de la commission nationale des propositions pour harmoniser le contenu des avis. La commission pourra ainsi, sur la base de ce travail et après concertation avec les présidents des commissions régionales, établir un document repris dans le cadre d'une recommandation. Ce travail pourra être sensiblement amélioré, si le Gouvernement publie le projet de décret en préparation (cf. IV.1).

II.2.1.2 - Harmonisation du fonctionnement des CRCI

Les rencontres entre le Président de la CNAM et l'ensemble des présidents et présidents adjoints des commissions régionales ont permis de constater que ceux-ci ont recours à des modalités pratiques différentes en ce qui concerne l'organisation et la préparation des réunions de leurs commissions. Il apparaît ainsi que chaque pôle interrégional a mis en place un certain nombre de procédures qui peuvent toutes présenter un intérêt mais qui varient selon le but recherché : conditions d'accueil et d'écoute des victimes, contenu des informations adressées à la victime relatives à la réunion de la commission, préparation des avis, communication des avis rendus à l'ensemble des membres des commissions, ...

En conséquence, la CNAM estime nécessaire de regrouper ces initiatives intéressantes dans un seul document, de les communiquer pour avis à l'ensemble des pôles, en vue d'en retenir les plus pertinentes dans le cadre d'une recommandation.

II.2.2 - Fiabilisation de l'outil statistique

Dans la première partie de ce rapport consacrée à la «photographie de l'existant », il a été constaté que l'absence d'homogénéité dans l'interprétation des textes avait des répercussions sur le recueil des données chiffrées (cf. III.4).

Dès lors, la CNAM estime qu'il lui appartient, en liaison avec l'ONIAM et les présidents des commissions régionales, de procéder à l'établissement d'une nomenclature précise des termes intervenant dans les différentes étapes d'un dossier et faisant l'objet d'une saisie informatique dans la base de données commune aux CRCI et à l'ONIAM. Une harmonisation de cette nomenclature s'avère ainsi indispensable mais, celle-ci étant nécessairement liée à la terminologie retenue dans les textes législatifs et réglementaires, elle ne saurait leur être contraire : le rôle de la CNAM est à cet égard d'y veiller.

Le lien devra ensuite être établi avec les services informatiques de l'ONIAM : il ne s'agit pas de remettre en cause *a priori* l'outil statistique, la structure même du logiciel n'étant pas ici concernée (et ce sujet purement technique ne relevant pas de la compétence de la CNAM), mais d'y faire figurer des termes précis et admis par tous, en vue d'obtenir des calculs permettant une évaluation du système conforme aux souhaits de la commission nationale.

II.2.3 - Elargissement du recrutement des experts

La CNAM a observé que, si les présidents des CRCI peuvent, à titre transitoire, nommer des experts ne figurant pas sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, il convient d'éviter que, à l'avenir, et contrairement à la volonté du législateur, ne se développent des « listes régionales » d'experts. C'est pourquoi la commission se propose d'informer systématiquement les experts nommés par les présidents de CRCI de la nécessité de présenter leur candidature à l'inscription sur la liste nationale.

Ils seront invités à consulter, pour ce faire, le site Internet du ministère .

II.2.4 - Mise en place de la formation en responsabilité médicale

Sur la base des travaux de la CNAM (cf. I.2), est en préparation un projet de décret simple, qui organise cette formation en responsabilité médicale et en renvoie le contenu à un arrêté.

Par ailleurs, sur un plan pratique, la CNAM s'oriente vers la conclusion d'une convention avec une association qui serait créée et dirigée par son Président. La convention aura pour objet de confier à cette association les missions suivantes :

- choisir les enseignants ;
- organiser les sessions de formation ;
- établir les documents d'étude ;
- prendre les contacts nécessaires avec les candidats ;
- établir le coût de la formation et
- délivrer, au nom de la CNAM, les attestations de formation requises des candidats experts.

Le fonctionnement de cette association nécessitera le recrutement d'un juriste à mi-temps, qu'elle rémunérera.

TROISIEME PARTIE :

PROPOSITIONS

Les propositions que la CNAM formule à l'attention du Parlement et du Gouvernement portent sur quatre domaines précis : le développement de la conciliation, le développement du caractère contradictoire de la procédure, l'accompagnement des victimes et les moyens nécessaires à l'accomplissement des missions de la commission.

III.1 - Développer la conciliation

III.1.1 - Constat

Depuis la mise en place effective des commissions régionales, la fonction de conciliation reste méconnue. Si les CRCI ont pour mission de réparer les conséquences des risques sanitaires, leur fonction de conciliation, également prévue par la loi, n'en demeure pas moins primordiale.

En outre, la mission de conciliation ne saurait se limiter à des cas de médiations financières pour des dossiers déclarés irrecevables ou rejetés. Les saisines pour d'autres motifs sont très rares.

Or, l'article L.1114-4 du code de la santé publique dispose, au sein d'un chapitre intitulé « Participation des usagers au fonctionnement du système de santé », que « la commission régionale de conciliation et d'indemnisation ... réunie en formation de conciliation peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ».

De plus, dans le titre relatif à la « réparation des conséquences des risques sanitaires », l'article L.1142-5, instituant les commissions régionales, précise qu'elles sont également chargées de faciliter le règlement amiable « des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé ». Il apparaît ainsi que le législateur a souhaité donner une grande place à la conciliation.

Or, ces dispositions sont très largement méconnues tant du public que des personnels ayant en charge le suivi des relations et des différends avec les usagers ; selon les données fournies par l'ONIAM, seules 57 conciliations ont eu lieu dans la période couverte par ce rapport.

En outre, le décret d'application de la loi (article R.1142-19 du code de la santé publique) semble en avoir restreint la portée, puisqu'il limite la compétence de la commission en formation de conciliation aux seules « demandes relatives aux litiges ou aux difficultés nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins effectué dans son ressort ». C'est, semble-t-il, méconnaître la portée plus large des articles L.1114-4 et L.1142-5 qui viennent d'être cités.

Ainsi, la conciliation, non seulement n'est organisée par les textes réglementaires que dans un champ plus étroit que celui qu'a dessiné le législateur, mais, en outre, la pratique l'a réduite à un simple rôle subsidiaire dans le cas où le demandeur n'obtient pas satisfaction à sa demande d'indemnisation.

III.1.2 - Propositions

L'une des difficultés rencontrées par la CNAM est que le terme de « conciliation », figurant dans le titre des CRCI, comporte une part d'ambiguïté. Dans la mesure où la loi reconnaît des droits indisponibles, il n'apparaît pas possible de concilier, c'est-à-dire d'abandonner ces droits, ne fût-ce qu'en partie, dans le souci de parvenir à un compromis. Ainsi, la communication du dossier médical est-elle un droit sur lequel il ne saurait être transigé. Pourtant, il est clair que la volonté du législateur a été de ne pas laisser l'utilisateur du système de santé seul, pour la défense de ses droits, face à des structures mieux armées juridiquement ou économiquement.

Il est apparu à la CNAM qu'il ne convenait pas d'attacher au terme de « conciliation » une portée par trop restrictive, mais que, au contraire, le législateur avait entendu, sous ce terme, offrir la possibilité d'une mission de « bons offices » par l'intermédiaire d'une instance extérieure.

III.1.2.1 - Mieux faire connaître les possibilités offertes par la conciliation

- Il est proposé d'inviter le ministère de la santé à insérer dans la « Charte du patient hospitalisé » un passage relatif à la possibilité de saisir la CRCI en formation de conciliation. Une documentation comparable devrait pouvoir également être élaborée pour les patients en hôpital de jour, en hospitalisation à domicile et en consultation externe.
- Il sera demandé au ministère de la santé l'autorisation de faire figurer sur son site Internet des développements pour faire connaître les possibilités de conciliation ouvertes auprès des CRCI.
- Il est suggéré que les ordres professionnels compétents en matière de santé fassent connaître également cette possibilité.
- Il est enfin proposé que le ministère de la santé adresse une lettre d'information dans le même esprit aux commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, aux directeurs d'établissements et aux associations nommées dans les conseils d'administration ou commissions de surveillance des établissements de santé. Cette lettre rappellerait le contenu de la mission de conciliation prévue par la loi, notamment en articulant le travail des CRCI avec celui des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

III.1.2.2 - Compléter les mesures réglementaires d'application de la loi

Comme il a été constaté, la partie réglementaire du code de la santé publique n'a pas pris toutes les mesures d'application de la loi.

Ainsi, aucune disposition ne règle-t-elle encore les possibilités législatives ouvertes en matière de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé. Une telle mesure nécessite l'intervention d'un décret en Conseil d'Etat.

Dans le même esprit, le texte devrait utilement préciser les rôles respectifs des CRCI et des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

III.1.2.3 - Assurer une rémunération décente aux médiateurs

La rémunération des médiateurs se situe actuellement entre 50 et 150 €. Ces montants s'avérant notoirement insuffisants, l'ONIAM a proposé que ceux-ci soient doublés (300 €). En effet, la conciliation comporte l'envoi de lettres et documents, l'audition des parties et l'organisation, parfois, de plusieurs réunions.

La CNAM rejoint la demande de l'ONIAM et estime également qu'il convient d'assurer une rémunération décente aux médiateurs ; elle propose donc une majoration (au moins 300 €), ce qui nécessite l'intervention d'un arrêté interministériel (ministères de la santé et du budget).

III.2 - Développer le caractère contradictoire de la procédure, en faveur des victimes

III.2.1 - Avis rendus par les CRCI

III.2.1.1 - Constat

Le problème du suivi des avis des CRCI a été abordé dès le premier rapport annuel de la CNAM (partie 3 - II.2).

Depuis, deux premières décisions de tribunaux administratifs, intervenues respectivement les 28 juillet et 12 septembre 2005, ont pris position, non seulement sur cette difficulté mais également sur la nature juridique de la « déclaration d'incompétence » prévue à l'article R.1142-15 du code de la santé publique, au regard de ses conséquences en terme de recours direct à son encontre.

L'ordonnance de référé rendue par le tribunal administratif de Versailles concerne une demande tendant à ce que l'ONIAM soit condamné à verser une provision aux ayants droit d'une victime décédée. L'office avait refusé de faire une offre alors que la commission régionale avait émis un avis concluant à la réparation des préjudices subis, au titre de la solidarité nationale. Le juge administratif a estimé que, « lorsque la commission a émis un avis favorable à la réparation des préjudices » au titre de la solidarité nationale, « l'office n'est pas tenu de suivre cet avis et d'adresser une offre d'indemnisation à la victime » et que, en conséquence, « les requérants ne sont pas fondés à soutenir que l'office était tenu de suivre l'avis émis ... par la commission régionale ».

Le jugement du tribunal administratif de Bastia est intervenu à la suite d'un recours pour excès de pouvoir contre la déclaration d'incompétence prononcée par la commission régionale, le seuil de gravité des préjudices subis par le demandeur n'étant pas atteint. Le juge administratif s'est estimé compétent pour statuer sur ce recours, en se fondant sur le fait que « la déclaration d'incompétence de la CRCI ... n'est ni un avis au sens des dispositions » de l'article L.1142-8 du code « ni un acte préparatoire mais un refus de proposition constitutif d'une décision administrative faisant grief et, comme telle, susceptible de recours ». De plus, à l'occasion de ce jugement, le tribunal administratif a considéré que l'ONIAM « se trouve en situation de compétence liée pour mettre en application les avis délibérés par les CRCI ».

Ces deux jugements, qui, sur ce dernier point, sont contradictoires, ne sauraient préjuger la future position des cours administratives d'appel (l'une a d'ores et déjà été saisie) et du Conseil d'Etat.

La question est d'autant plus sensible que, si le nombre des refus opposés par l'ONIAM est très limité, il n'en va pas de même pour les assureurs dont les refus (implicites et explicites) sont beaucoup plus nombreux. Si le chiffre de 30 % a été énoncé, il convient de le pondérer, nombre de refus trouvant leur fondement dans la multiplicité des responsables possibles pour un même dommage.

Toutefois, la CNAM estime nécessaire de présenter des propositions au Parlement et au Gouvernement, partant du constat que l'incertitude qui résulte du suivi ou du non suivi des avis des CRCI apparaît préjudiciable à la victime.

Dans son précédent rapport, la CNAM avait appelé l'attention des pouvoirs publics sur cette question et sur les incidences qu'elle pourrait avoir sur le fonctionnement des commissions régionales et sur les populations concernées ainsi que sur les associations en charge de leur défense.

Une clarification des textes constitue toujours une priorité. Toutefois, dès à présent, la CNAM estime de son devoir de proposer des mesures de nature à améliorer le dispositif.

III.2.1.2 - Propositions

Plusieurs orientations peuvent être retenues : motivation des refus par l'ONIAM ou par l'assureur et transmission du rapport d'expertise à l'ONIAM en même temps qu'à l'assureur.

III.2.1.2.1 - Formaliser les refus

Dès lors que l'éventualité d'un refus existe dans les faits, tant de la part des assureurs que de l'ONIAM, il convient d'introduire un minimum de procédure contradictoire. Le refus devrait être, dans tous les cas, explicite et dûment motivé.

Une telle réforme appelle un instrument juridique différent dans le cas de l'ONIAM, établissement public administratif de l'Etat, et dans le cas des assureurs. En ce qui concerne l'ONIAM, un acte de nature réglementaire pourrait intervenir. En revanche, pour les assureurs, seule la loi peut leur imposer la modification proposée.

Rappelons qu'actuellement l'article L.1142-20 du code se limite à ouvrir à la victime, en cas d'absence d'offre par l'office, un droit d'action en justice « devant la juridiction compétente selon la nature du fait générateur du dommage ».

III.2.1.2.2 - Ouvrir la possibilité d'une intervention plus précoce de l'ONIAM

L'une des façons de limiter le nombre des refus par l'ONIAM consiste à lui permettre d'intervenir plus précocement dans la procédure. Deux voies sont possibles :

- L'article R.1142-16 prévoit que, avant que la commission ne se réunisse en vue de rendre son avis, les parties, ainsi que l'assureur de la partie mise en cause, reçoivent le rapport d'expertise. Il est proposé de compléter cet article par la transmission du rapport d'expertise à l'ONIAM, dès ce stade de la procédure. Cette proposition rejoindrait la pratique observée, mais lui donnerait un fondement juridique sûr. L'ONIAM qui, comme l'assureur, est un payeur, pourrait ainsi mieux connaître le dossier, dès l'origine, et mieux préparer son intervention lors de la réunion de la commission, ce qui serait de nature à influencer sur l'avis finalement rendu. Le nombre des cas de refus d'offre par l'ONIAM pourrait ainsi diminuer.

- Une autre voie serait de considérer l'ONIAM comme partie, ce qui lui permettrait de disposer d'emblée des mêmes informations que la victime. Si cet avantage est notable, il conviendrait cependant d'en peser toutes les conséquences possibles : ainsi, l'ONIAM, actuellement membre de droit des CRCI, ne pourrait sans doute plus y participer sur le fondement de la distinction « juge et partie ». En outre, l'ONIAM peut-il être une partie, alors qu'il est un organisme public payeur ?

Il appartient au Gouvernement de procéder aux choix nécessaires.

III.2.2 - Déclaration d'incompétence par les CRCI

Le terme de « déclaration d'incompétence », bien que figurant dans l'article R.1142-15, est impropre. Il s'agit, en réalité, d'une irrecevabilité que la CRCI oppose à une demande, lorsque, par exemple, le seuil de gravité n'est pas atteint ou le lien de causalité pas établi. Actuellement, cette « déclaration d'incompétence » intervient avant une expertise au fond, sans que le demandeur en soit informé avant de recevoir la notification du rejet de sa demande.

Certes, si le caractère de décision de cette mesure était confirmé par la jurisprudence, le demandeur disposerait-il de la possibilité d'un recours pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif, mais il paraît utile à la CNAM que, avant tout contentieux, soit ouverte, dès ce stade, la possibilité d'un dialogue entre le président de la CRCI et le demandeur. A cet effet, il est proposé que, lorsque, au vu de l'examen du dossier, une CRCI s'appête à se déclarer incompétente, elle invite au préalable le demandeur à présenter ses observations.

Sans doute, une telle mesure risque-t-elle de présenter l'inconvénient d'allonger les délais qui sont souvent tendus, mais cette éventualité n'interviendrait que dans le cas où, finalement, la CRCI se rendrait aux arguments du demandeur.

Cette proposition nécessite une modification des dispositions réglementaires du code de la santé publique.

III.3. - Améliorer l'accompagnement des victimes

L'ensemble de la législation et de la réglementation a tendu à permettre aux victimes une indemnisation rapide et sans difficulté excessive. Le résultat a été largement atteint. Toutefois, après deux ans et demi d'expérience, certaines améliorations apparaissent souhaitables.

III.3.1 - Accompagnement médical et juridique des victimes

III.3.1.1 - Accompagnement médical

L'écoute des victimes et le respect du principe du débat contradictoire, posé par l'article L.1142-12 du code de la santé publique, apparaissent primordiaux durant la phase d'évaluation médicale.

S'agissant d'un moment, à la fois, capital aux yeux des victimes et déterminant pour l'indemnisation, se posait la question de savoir si les victimes étaient bien écoutées par les experts.

Or, on a pu constater qu'un nombre très faible de victimes était accompagné de médecins conseils, ce qui est parfois dommageable en cas de lourdes séquelles (cas dans lesquels une assistance humaine est nécessaire pour réaliser les gestes de la vie courante et retrouver une existence normale). De plus, la victime mesure parfois d'autant plus mal ses besoins futurs d'aides humaine et technique que l'accident est relativement récent (cette constatation étant renforcée par le fait que la procédure devant les CRCI est rapide) et qu'elle ne se projette pas encore dans l'avenir. La présence d'un médecin conseil, en vue d'assurer une qualité d'écoute de la victime, peut donc s'avérer déterminante.

La CNAM propose qu'une étude soit conduite par les pouvoirs publics pour déterminer les cas et les conditions d'une telle aide, son coût et ses modalités de financement.

III.3.1.2 - Accompagnement juridique

La présence d'une aide à caractère juridique peut également être importante lors du passage devant la commission régionale, en vue de rendre plus « efficace » le dialogue entre les membres de la commission et la victime, souvent perturbée psychologiquement.

La CNAM observe qu'un encadrement juridique existe bien en la matière. Il s'agit de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, dont l'article 69-1 permet la rétribution des personnes assurant des consultations juridiques dans le cadre de l'aide à l'accès au droit. Le décret d'application est intervenu le 19 décembre 1991 (n° 91-1266). Ses articles 133 et suivants instituent des conseils de l'aide juridique, les modalités d'application en matière de rétribution horaire des consultations juridiques étant fixées par le décret n° 2000-4 du 4 janvier 2000.

La CNAM propose que le ministre de la santé, en liaison avec le ministre de la justice, élabore un document faisant apparaître les possibilités et les conditions de l'aide offerte. Ce document serait remis à tout demandeur d'une indemnisation ou d'une conciliation, en même temps que le formulaire établi par l'ONIAM. Les associations de victimes pourraient, de leur côté, informer celles-ci des mesures applicables.

III.3.2 - Prise en charge des frais de déplacement

Par souci de désigner des experts en accidents médicaux totalement indépendants à l'égard de l'établissement ou du professionnel de santé mis en cause, les présidents de CRCI désignent, parfois, un expert situé à plusieurs centaines de kilomètres du lieu où s'est produit l'accident médical. Si cette pratique va dans le sens des intérêts de la victime, cela peut également constituer un obstacle, lorsque la victime est très handicapée et que ses ressources sont modestes.

Ces cas sont rares et semblent ne concerner, pour l'année 2004, qu'une cinquantaine de personnes.

En conséquence, il est suggéré que, au delà d'un certain seuil kilométrique et dans les cas où le déplacement doit être effectué en véhicule médicalisé, le coût du déplacement soit pris en charge sur attestation médicale justifiant la nécessité de ce type de transport et production de justificatifs. La question doit être soumise au ministère de la santé.

III.4 - Donner à la CNAM les moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions

III.4.1 - Moyens en personnel (cf. introduction)

La CNAM ne dispose pas encore des moyens en personnel absolument nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

En effet, en pratique, les fonctions de l'agent de catégorie C, théoriquement affecté à mi-temps, ne lui permettent pas de consacrer plus d'un quart de son temps aux travaux liés à la CNAM ; quant au poste de catégorie B, après avoir été provisoirement pourvu par un agent vacataire, il va être occupé par un titulaire à partir du mois de novembre.

III.4.2 - Moyens juridiques

Dans sa rédaction actuelle, la partie réglementaire du code comporte ce qui est apparu comme une contradiction. L'article R.1142-39 du code donne mission à la CNAM de formuler, « au vu de l'analyse des avis rendus par les commissions régionales, des propositions visant à une application homogène du dispositif de réparation des conséquences des risques sanitaires ». Toutefois, deux articles plus loin, l'article R.1142-41 indique que, pour l'application de cette disposition, la commission ne peut demander aux CRCI des « informations nominatives et relatives à des données de santé à caractère personnel ».

C'est pourquoi la CNAM a demandé au Gouvernement, qui a bien voulu l'accepter, qu'elle puisse recevoir communication des avis des commissions régionales, sans anonymisation préalable. Le projet de texte est actuellement soumis à l'examen du Conseil d'Etat.

Si une telle mesure constitue un progrès notable pour permettre à la CNAM d'harmoniser les avis rendus sur l'ensemble du territoire national, les médecins membres de la commission font valoir que cette mesure est insuffisante car, dans certains cas, il est nécessaire de prendre connaissance des rapports d'expertise. Cette question est soumise à l'avis du Conseil d'Etat.

RESUME DES PROPOSITIONS PRESENTEES

I - Développer la conciliation

Proposition 1 : Insérer dans les documents destinés aux patients hospitalisés, en hospitalisation à domicile ou en consultation externe, la mention des possibilités offertes par la «conciliation» (ministère de la santé).

Proposition 2 : Introduire une information précise en ce sens sur le site Internet de ce même ministère (ministère de la santé).

Proposition 3 : Inviter les ordres compétents en matière de santé à diffuser cette information auprès des professionnels inscrits sur leurs tableaux (ministère de la santé).

Proposition 4 : Envoyer une lettre d'information aux commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, aux directeurs d'établissements et aux associations ayant des représentants dans les conseils d'administration des établissements de santé (ministère de la santé).

Proposition 5 : Prendre la disposition réglementaire donnant toute sa portée à la loi quant au champ ouvert par celle-ci à la «conciliation» (décret en Conseil d'Etat, contresigné par le garde des sceaux et le ministre de la santé).

Proposition 6 : Majorer la rémunération des médiateurs (arrêté interministériel des ministres de la santé et du budget).

II - Développer le caractère contradictoire de la procédure en faveur des victimes

Proposition 7 : En cas de refus d'indemnisation par l'ONIAM ou par un assureur, le rendre explicite et motivé.

- Dans le cas de l'ONIAM, un décret peut le prévoir.
- Dans le cas des assureurs, l'intervention d'une loi est nécessaire.

Proposition 8 : Prévoir que le rapport d'expertise soit adressé à l'ONIAM, avant que la commission ne se réunisse pour émettre un avis (décret en Conseil d'Etat, complétant l'article R.1142-16 du code de la santé publique).

Proposition 9 : Etudier la possibilité de faire de l'ONIAM une partie (ministères de la santé et de la justice).

Proposition 10 : Prévoir, lorsque la CRCI se propose de déclarer irrecevable une demande, qu'elle invite le demandeur à présenter ses observations (décret en Conseil d'Etat, complétant l'article R.1142-15 du code de la santé publique).

III - Améliorer l'accompagnement des victimes

Proposition 11 : Prévoir la possibilité d'un accompagnement de la victime par un médecin conseil, notamment au cours de l'expertise (étude, par le ministère de la santé, des cas, conditions et coûts de cette mesure).

Proposition 12 : Appliquer les possibilités d'accompagnement juridique des demandeurs (document à établir par les ministères de la justice et de la santé sur les modalités offertes par la loi du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique et ses textes d'application).

Proposition 13 : Permettre la prise en charge des frais de déplacement de certaines victimes (handicaps lourds, faibles ressources, ...) lorsque, par souci d'indépendance de l'expert, une commission en désigne un qui soit très éloigné du domicile du demandeur (étude par le ministère de la santé).

IV - Donner à la CNAM les moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

Proposition 14 : Affecter à la CNAM :

- un agent de catégorie B titulaire à plein temps
- un agent de catégorie C titulaire à mi-temps,

(ministère de la santé).

Proposition 15 : Permettre à la CNAM de pouvoir, conformément à la mission qui lui a été donnée, homogénéiser les avis des CRCI en les recevant non anonymisés (décret en Conseil d'Etat en cours).

Proposition 16 : Aux mêmes fins, permettre aux membres médecins de la CNAM d'avoir accès aux rapports d'expertise (décret en Conseil d'Etat).

CONCLUSION

Une conclusion s'impose lorsque l'on examine le fonctionnement de l'ensemble des institutions mises en place par la loi : il fonctionne et cela dans des délais rares en matière de réforme. Pourtant, tout était nouveau, les concepts comme les mécanismes. Sans doute le système est-il perfectible et doit-il être affiné, comme le montrent les propositions contenues dans ce rapport, mais, malgré sa nouveauté, il tient largement les promesses que le législateur a mises en lui.

Les obstacles inhérents à une architecture juridique particulièrement complexe, combinant une autorité indépendante (la CNAM), un établissement public administratif (l'ONIAM) et des commissions sans personnalité juridique (les CRCI), ont été dépassés. Pour la simple raison que les femmes et les hommes en charge de faire fonctionner ce lourd dispositif ont conscience de participer à une belle œuvre, celle de rétablir de l'équité en faveur de ceux que la maladie et les accidents de la vie ont frappés. La nouveauté des problèmes rencontrés et des solutions à apporter agit, sur chacun, comme un stimulant et compense le lourd investissement que constitue, pour tous les professionnels composant la CNAM, le temps important consacré bénévolement à ses travaux.

Chacun espère que, demain, l'accélération des procédures, l'harmonisation des pratiques, le développement des garanties offertes aux victimes, l'extension du champ ouvert à la conciliation permettront de nouveaux progrès. Tel est, en tout cas la volonté de tous.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce rapport, je tiens, en qualité de Président de la Commission nationale des accidents médicaux, à exprimer ma vive gratitude aux membres de cette institution, pour la qualité de leurs travaux, pour l'indépendance dont ils témoignent et leur recherche constante des solutions nouvelles à imaginer pour appliquer la loi telle que l'a voulue le législateur, c'est-à-dire au service des victimes.

J'associe étroitement à ces remerciements les deux fonctionnaires de responsabilité, Madame Martine VASSAUX et Monsieur Jacques CERDA, qui assurent le secrétariat de la commission. Leur solide compétence juridique et administrative et leur puissance de travail sont, pour la commission, une garantie essentielle.

Au nom de la commission nationale, j'adresse également des remerciements aux présidents des CRCI, tous magistrats, judiciaires ou administratifs, venus d'horizons différents, dont l'enthousiasme et l'imagination juridique ont assuré le succès de la réforme dans des délais record.

Je souligne, enfin, la qualité des relations professionnelles qui se sont établies avec le Professeur Claude HURIET, président de l'ONIAM et M. Dominique MARTIN, directeur de cet établissement, chacun des acteurs de la réforme poursuivant un même objectif, une juste et complète application de la loi.

ANNEXES

ANNEE 2004 - 2005

Annexe n° 1**NORMALISATION DU RAPPORT ANNUEL DES C.R.C.I.**
A LA C.N.A.M.**Période de référence des données :**

→ entre le 1/05 de l'année 2004 et le 30/04 de l'année 2005.

① Données sur le fonctionnement

1.1 - Composition de la commission

1.2 - Moyens mis à disposition de la commission

1.3 - Nombre de réunions

1.3.1 - Nombre de dossiers traités et d'avis rendus par réunion

1.3.2 - Nombre des membres présents

② Données sur l'activité**I - DOSSIERS REÇUS**

1.1 - Nombre de dossiers reçus (données mensuelles)

► 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).

1.1.1 - Au titre de l'indemnisation (seuil de gravité)

1.1.2 - Au titre de la conciliation

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

1.1.4. - Hypothèses de double saisine de la commission et du juge

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

1.2.1 - Nombre de demandes pour lesquelles une expertise préalable est nécessaire

1.2.2 - Nombre de demandes rejetées avant expertise au fond et motifs

1.2.2.1 - Date des faits (à compter du 5/09/01)

1.2.2.2 - Seuil de gravité

1.2.2.3 - Autres hypothèses

1.3 - Expertises au fond

1.3.1 - Experts uniques

1.3.2 - Collège d'experts

- 1.3.2.1 - Recours à un expert hors liste des experts en accidents médicaux¹ ou liste des experts judiciaires (article L.1142-12, al.2)
- 1.3.2.2 - Recours à un « sapiteur » (article L.1142-12, al. 7)
- 1.3.2.3 - Domaine(s) de compétence
- 1.3.2.4 - Délai demandé et délai de réponse (moyenne) ; compléments nécessaires
- 1.3.2.5 - Comparaison des numéros du département du lieu de l'accident médical et du lieu de rattachement de l'expert

II - SUITES DONNEES AUX DEMANDES D'INDEMNISATION AYANT FAIT L'OBJET D'UNE EXPERTISE AU FOND

2.1 - Nombre de demandes rejetées² après expertise au fond et motifs

- 2.1.1 - Défaut de causalité
- 2.1.2 - Seuil de gravité
- 2.1.3 - Etat de santé du patient
- 2.1.4 - Autres cas

2.2 - Avis positifs³

- 2.2.1 - Critères de gravité pris en compte
 - 2.2.1.1 - Taux d'IPP
 - 2.2.1.2 - Incapacité temporaire de travail
 - 2.2.1.3 - Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle
 - 2.2.1.3.1 - Inaptitude définitive à l'emploi précédent (article D.1142-1, 1°)
 - 2.2.1.3.2 - Troubles dans les conditions d'existence (article D.1142-1, 2°)
- 2.2.2 - Date des avis et calcul du délai entre la demande complète et l'avis
- 2.2.3 - Régime de l'indemnisation
 - 2.2.3.1 - Hors infection nosocomiale
 - 2.2.3.1.1 - Responsabilité
 - 2.2.3.1.2 - Solidarité
 - 2.2.3.1.3 - Partage entre responsabilité et solidarité
 - 2.2.3.1.4 - Partage avec état de santé du patient
 - 2.2.3.2 - Infection nosocomiale
 - 2.2.3.2.1 - Indemnisation par l'ONIAM
 - 2.2.3.2.1.1. - Indemnisation au titre de l'article L.1142-1-1, 1°
 - 2.2.3.2.1.1.1 - Dont faute établie
 - 2.2.3.2.1.1.2 - Dont cause étrangère
 - 2.2.3.2.1.2. - Indemnisation au titre de l'article L.1142-1, II
 - 2.2.3.2.2 - Indemnisation par l'assureur
 - 2.2.3.2.3 - Partage avec état de santé du patient
 - 2.2.3.3 - Intervention hors du champ habituel de l'activité (article L.1142-1-1, 2°)

III - CONCILIATIONS

3.1 - Nombre de demandes de conciliation

¹ Nomination d'un expert hors liste des experts en accidents médicaux : statistique pertinente lorsque la liste des experts en accidents médicaux aura été établie.

² Le terme utilisé par l'article R.1142-15 est « déclaration d'incompétence » (lorsque le caractère de gravité n'est pas atteint).

³ Conformément aux articles L.1142-8 et R.1142-16, le terme « avis » est réservé aux hypothèses où l'accident médical doit faire l'objet d'une proposition d'indemnisation.

- 3.2 - Transmission à un autre organisme
 - 3.2.1 - Organisme professionnel⁴
 - 3.2.2 - Etablissement de santé⁵
- 3.3 - Par la commission
- 3.4 - Par un ou plusieurs médiateurs extérieurs
- 3.5 - Objet de la conciliation
 - 3.6 - Nombre de conciliations

③ Rapport

3.1 - Analyse des demandes

- 3.1.1 - « 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, ...
- 3.1.2 - Appréciation des formulaires

3.2 - Analyse des expertises

- 3.2.1 - Difficultés de recrutement des experts (domaine de compétence, compétence en réparation du dommage corporel, éloignement géographique, ...)
- 3.2.2 - Appréciation des rapports d'expertise remis (avec 1 ou 2 exemples)
- 3.2.3 - Nécessité d'un complément d'expertise
- 3.2.4 - Respect des délais

3.3 - Recours au barème

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

3.4 - Analyse des avis

- 3.4.1 - Critères de gravité retenus
 - 3.4.1.1 - Si IPP, taux
 - 3.4.1.2 - Si ITT, durée
 - 3.4.1.3 - Autre critère (conséquences sur la vie privée ou professionnelle)
- 3.4.2 - Faute, aléa, partage faute / aléa, infection nosocomiale grave ou intervention hors champ
- 3.4.3 - Problèmes juridiques d'interprétation des textes
- 3.4.4 - Respect du délai de 6 mois

3.5 - Suivi des avis

- 3.5.1 - Transactions
- 3.5.2 - Hypothèses de substitution de l'office
- 3.5.3 - Analyse des recours contentieux connus

3.6 - Autres questions

⁴ Il s'agit notamment des conseils des ordres professionnels.

⁵ Il s'agit de la commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge (décret n° 2005-300 paru le 1^{er} avril 2005)

| Région | AA | AB | AC | AD | AE | AF | AG | AH | AI | AJ | AK | AL |
|----------------------------|---------------------|------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|-----------------|----------------|------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | 2.2 | 2.2.1.1 | 2.2.1.2 | 2.2.1.3.1 | 2.2.1.3.2 | 2.2.2 | 2.2.3.1 | 2.2.3.1.1 | 2.2.3.1.2 | 2.2.3.1.3 | 2.2.3.1.4 | |
| | Avis + (+DC) IPP | ITT | excep.: emploi | excep.: exist. | excep.: exist. | Délai avis (mois) | hors nosocomial | responsabilité | solidarité | resp. + solid. | assur. + santé | Oniam / santé |
| Alsace | 13 | 8 | 5 | 0 | 0 | 8,1 | 9 | 2 | 5 | 1 | 1 | 0 |
| Aquitaine | 67 | 32 | 31 | 1 | 3 | 6,9 | 43 | 6 | 25 | 3 | 4 | 5 |
| Auvergne | 10 | 3 | 6 | 0 | 1 | 8 | 9 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 |
| Basse-Normandie | 15 | 11 | 4 | 0 | 0 | 6,5 | 7 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Bourgogne | 15 | 8 | 7 | 0 | 0 | 7,5 | 14 | 2 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| Bretagne | 36 | 20 | 10 | 0 | 6 | 6 | 25 | 17 | 5 | 1 | 2 | 0 |
| Centre | 22 | 16 | 3 | 2 | 1 | 7 | 17 | 6 | 8 | 1 | 0 | 2 |
| Champagne-Ardenne | 18 | 8 | 6 | 3 | 1 | 7,7 | 14 | 6 | 7 | 1 | 0 | 0 |
| Corse | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7,9 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Franche-Comté | 9 | 6 | 1 | 0 | 2 | 6,6 | 5 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Haute-Normandie | 14 | 6 | 6 | 0 | 2 | 7,8 | 8 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Île-de-France | 101 | 49 | 39 | 0 | 13 | 7,3 | 68 | 16 | 42 | 1 | 2 | 7 |
| Languedoc-Roussillon | 18 | 6 | 5 | 0 | 7 | 7,7 | 11 | 3 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| Limousin | 7 | 7 | 0 | 0 | 0 | 5,2 | 6 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Lorraine | 34 | 17 | 9 | 4 | 4 | 7 | 24 | 7 | 16 | 1 | 0 | 0 |
| Midi-Pyrénées | 36 | 20 | 13 | 1 | 2 | 6,3 | 23 | 2 | 16 | 1 | 2 | 2 |
| Nord - Pas-de-Calais | 34 | 13 | 15 | 1 | 5 | 6,4 | 23 | 8 | 11 | 2 | 0 | 2 |
| Pays de la Loire | 35 | 22 | 10 | 0 | 3 | 5,1 | 25 | 11 | 6 | 4 | 3 | 1 |
| Picardie | 26 | 12 | 10 | 1 | 3 | 6,9 | 23 | 11 | 10 | 1 | 0 | 1 |
| Poitou-Charentes | 18 | 13 | 5 | 0 | 0 | 6,2 | 16 | 4 | 7 | 3 | 2 | 0 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 37 | 19 | 12 | 2 | 4 | 8 | 26 | 14 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| Rhône-Alpes | 88 | 41 | 33 | 2 | 12 | 6,9 | 54 | 3 | 28 | 2 | 7 | 14 |
| Total | 655 | 339 | 230 | 17 | 69 | | 452 | 129 | 229 | 25 | 26 | 43 |
| <i>moyenne pondérée</i> | | | | | | <i>7,1</i> | | | | | | |

Légende du tableau

| | |
|---|--|
| A | Région |
| B | Nombre de réunions durant l'année considérée |
| C | Nombre moyen de dossiers traités par réunion |
| D | Nombre moyen de présences par réunion |
| E | Nombre total de demandes d'indemnisation (1 dossier = 1 victime de soins) |
| F | Nombre total de demandes (initiales) de conciliation (à l'exclusion de celles faisant suite à un avis négatif) |
| G | Délai moyen entre l'enregistrement de la première demande et celle du dossier complet (jours) |
| H | Nombre de doubles saisines connues |
| I | Nombre d'expertises préalables |
| J | Nombre de demandes rejetées avant expertise "au fond" au motif de la date des faits |
| K | Idem, au motif d'un seuil de gravité manifestement non atteint (si aussi date, seule la date est retenue) |
| L | Idem, pour un autre motif (si aussi un des motifs précédents, ceux-ci prévalent) |
| M | Nombre total de demandes rejetées sans expertise "au fond" (somme des 3 items précédents) |
| N | Nombre d'expertises "au fond" avec expert unique |
| O | Nombre d'expertises "au fond" avec collègue d'experts |
| P | Nombre total d'expertises "au fond" demandées |
| Q | Pourcentage d'expertises "au fond" collégiales |
| R | Nombre d'experts hors liste d'experts juridiques |
| S | Nombre d'expertise ayant requis un sapisiteur |
| T | Délai moyen entre l'envoi de la mission aux experts et le retour de l'expertise (jours) |
| U | Nombre d'expertises requérant un complément ou une contre-expertise |
| V | Nombre total d'avis négatifs après expertise au fond |
| W | Nombre d'avis négatifs au motif de l'absence de lien de causalité |
| X | Idem, au motif de l'absence du critère de gravité (ce motif prévaut sur les autres : un seul motif retenu) |
| Y | Idem, au motif de l'état de santé antérieur du patient |
| Z | Idem, pour un autre motif |

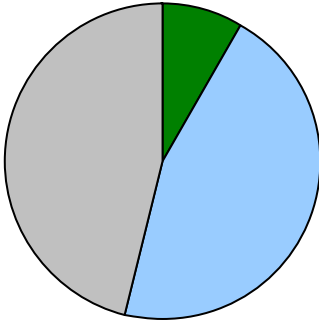
| | |
|-----------------|--|
| AA | Nombre total d'avis positifs (proposition d'indemnisation) |
| AB | Critère de gravité retenu : IPP (ou décès) |
| AC | Critère de gravité retenu : ITT (si aussi IPP>24%, c'est l'IPP qui est retenue) |
| AD | Critère de gravité retenu : exception = emploi (si un précédent critère existe, il prévaut : 1 seul critère) |
| AE | Critère de gravité retenu : exception = existence (même remarque) |
| AF | Délai moyen entre l'enregistrement du dossier complet et l'avis de la commission (mois) |
| AG | Nombre de propositions d'indemnisation hors infections nosocomiales |
| AH | Hors infections nosocomiales : nombre d'indemnisations au titre de la responsabilité |
| AI | Idem : nombre d'indemnisations au titre de la solidarité |
| AJ | Idem : partage entre responsabilité et solidarité |
| AK | Idem : partage entre la responsabilité et l'état de santé du patient |
| AL | Idem : partage entre la solidarité et l'état de santé du patient |
| AM | Nombre de propositions d'indemnisation pour infections nosocomiales |
| AN | Infections nosocomiales : nombre d'indemnisations devant être proposées par l'ONIAM |
| AO | Idem : nombre d'indemnisations devant être proposées par l'assureur |
| AP | Idem : partage entre l'assureur et l'état de santé du patient |
| AQ | Idem : partage entre l'ONIAM et l'état de santé du patient |
| ² AR | Idem : partage entre assureur et ONIAM |
| AS | Nombre de procédures de conciliation |
| AT | Nombre de recours à des médiateurs extérieurs |
| AU | Nombre de documents écrits |
| AV | Nombre d'accords |

Annexe n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux

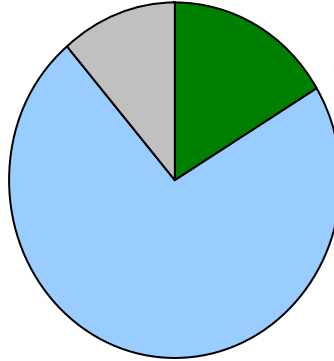
| Pôle | Ouest | Bagnolet | Nord | Bordeaux | Lyon | Sud | Nancy | Total (M) |
|---------------------------------|-------|----------|------|----------|------|-----|-------|------------|
| Réunions (n) | 22 | 32 | 27 | 32 | 27 | 24 | 28 | 192 |
| dossiers reçus | 381 | 616 | 336 | 451 | 441 | 440 | 375 | 3040 |
| gravité | 0 | 8 | 2 | 26 | 18 | 2 | 1 | 57 |
| conciliation | 67 | 109 | 60 | 51 | 33 | 89 | 88 | 74 |
| délai (j) complet | 11 | 62 | 15 | 27 | 31 | 25 | 0 | 171 |
| double saisine | 20 | 12 | 3 | 9 | 1 | 15 | 34 | 94 |
| Expertise préalable | 13 | 22 | 17 | 25 | 19 | 27 | 22 | 145 |
| Rejets / date | 38 | 113 | 47 | 56 | 83 | 23 | 34 | 394 |
| gravité | 23 | 77 | 2 | 48 | 13 | 0 | 9 | 172 |
| autre | 74 | 212 | 66 | 129 | 115 | 50 | 65 | 711 |
| total | 234 | 210 | 104 | 245 | 342 | 323 | 246 | 1704 |
| Expert./fond unique | 31 | 260 | 49 | 118 | 21 | 28 | 143 | 650 |
| collège | 265 | 470 | 153 | 363 | 363 | 351 | 389 | 2354 |
| total exp | 12% | 55% | 32% | 33% | 6% | 8% | 37% | 28% |
| % collège | 5 | 263 | 6 | 1 | 2 | 40 | 64 | 381 |
| hors liste | 4 | 2 | 7 | 18 | 18 | 20 | 16 | 85 |
| sapiteur | 114 | 137 | 105 | 120 | 131 | 131 | 99 | 122 |
| délai moyen (j) | 18 | 34 | 10 | 41 | 22 | 36 | | 161 |
| Complément | 80 | 112 | 78 | 148 | 119 | 172 | 142 | 851 |
| Avis - causalité | 21 | 13 | 6 | 68 | 35 | 32 | 17 | 192 |
| gravité | 32 | 62 | 43 | 68 | 42 | 115 | 80 | 442 |
| santé | 8 | 35 | 23 | 10 | 38 | 25 | 12 | 151 |
| autre | 19 | 2 | 6 | 2 | 4 | 0 | 33 | 66 |
| Avis + | 86 | 115 | 82 | 128 | 113 | 57 | 74 | 655 |
| IPP (+DC) | 53 | 55 | 41 | 72 | 52 | 27 | 39 | 339 |
| ITT | 24 | 45 | 28 | 49 | 46 | 17 | 21 | 230 |
| exc: emploi | 0 | 0 | 4 | 2 | 2 | 2 | 7 | 17 |
| exc: exist. | 9 | 15 | 9 | 5 | 13 | 11 | 7 | 69 |
| Délai avis (mois) | 5,7 | 7,4 | 7,5 | 6,5 | 7,1 | 7,9 | 7,3 | 7,1 |
| Indemnisations hors nosocomial | 57 | 76 | 63 | 88 | 77 | 39 | 52 | 452 |
| responsabilité | 29 | 19 | 25 | 13 | 7 | 18 | 18 | 129 |
| solidarité | 15 | 47 | 29 | 50 | 37 | 21 | 30 | 229 |
| resp.+solid. | 7 | 1 | 4 | 8 | 2 | 0 | 3 | 25 |
| Oniam /santé | 5 | 2 | 0 | 9 | 9 | 0 | 1 | 26 |
| Assur/santé | 1 | 7 | 5 | 8 | 22 | 0 | 0 | 43 |
| Indemnisations infect. nosocom. | 29 | 39 | 17 | 40 | 38 | 18 | 22 | 203 |
| ONIAM | 12 | 2 | 6 | 4 | 3 | 8 | 5 | 40 |
| assur. | 14 | 29 | 10 | 30 | 19 | 10 | 16 | 128 |
| Oniam/santé | 2 | 6 | 0 | 1 | 7 | 0 | 1 | 17 |
| ass /santé | 1 | 0 | 1 | 3 | 5 | 0 | 0 | 10 |
| ONIAM/assur. | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 8 |
| Conciliation | 14 | 71 | 5 | 26 | 18 | 27 | 1 | 162 |
| documents | 6 | 31 | 2 | 17 | 5 | 4 | 0 | 65 |
| accord | 1 | 11 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 15 |

Annexe n° 4. Répartition des motif des rejets sans expertise « au fond » selon les pôles

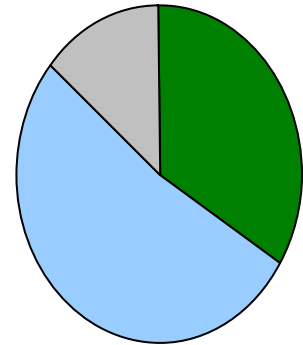
Ouest n = 154



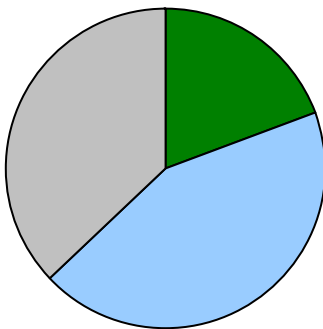
Lyon n = 115



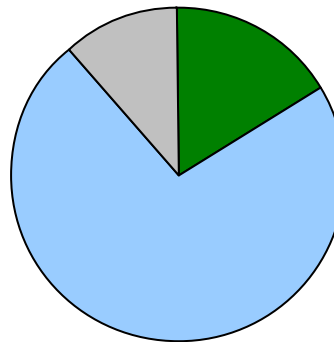
Nancy n = 65



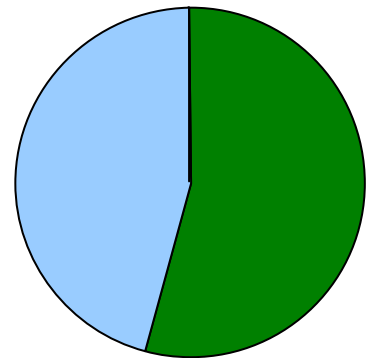
Bordeaux n = 129



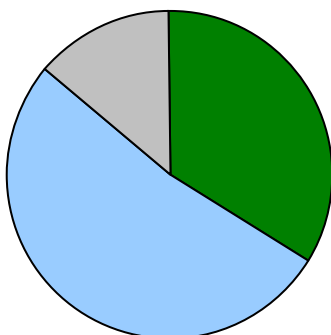
Lyon n = 115



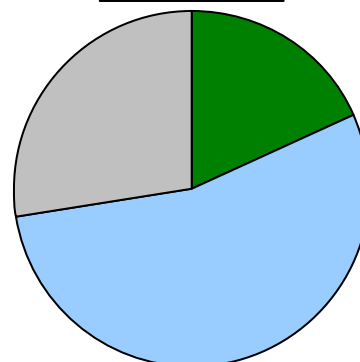
Sud n = 50



Nancy n = 65



Total n = 791



- date des faits
- gravité insuffisante
- autre (causalité...)

Annexe n° 5 : Spécialités médicales des experts selon les CRCI

| | Als. | Ardn. | F-C | Lor. | IdF | HN | Cent. | NPC | Pic. | Rh-A. | Au. | Bour. | Aque | Midi-P | Lim. | Poit. | BN | Bre. | PdL | Réu. | PACA-Corse | LangRous | Total |
|---|------|-------|-----|------|-----|----|-------|-----|------|-------|-----|-------|------|--------|------|-------|----|------|-----|------|------------|----------|-------|
| Chirurgie orthopédique & traumatologique | 18 | 31 | 15 | 35 | 109 | 21 | 32 | 26 | 10 | 73 | 12 | 38 | 49 | 30 | 10 | 21 | 9 | 9 | 17 | 1 | 70 | 33 | 669 |
| Maladies infectieuses | 27 | 34 | 25 | 28 | 113 | 17 | 3 | | | 11 | | | 8 | 1 | 3 | 2 | 16 | 15 | 29 | | 9 | 13 | 354 |
| Chirurgie digestive & générale | 7 | 14 | 9 | 7 | 64 | 18 | 9 | 14 | | 48 | 6 | 11 | 8 | 5 | 4 | 3 | 6 | 16 | 13 | | 41 | 10 | 313 |
| Neurochirurgie | 9 | 7 | 2 | 7 | 51 | 13 | 9 | 10 | 3 | 36 | 3 | 10 | 9 | 8 | 6 | 3 | 1 | 4 | 5 | | 14 | 16 | 226 |
| Médecine légale | 1 | 2 | 2 | 6 | 19 | 1 | | 15 | 2 | 2 | 3 | 1 | 71 | 37 | 15 | 26 | | | | | 13 | 10 | 226 |
| Gynécologie - obstétrique | 5 | 3 | 7 | 18 | 32 | 5 | 3 | 6 | 2 | 20 | 7 | 2 | 5 | 8 | 2 | 5 | 7 | 7 | 9 | | 10 | 5 | 168 |
| Neurologie | 18 | 7 | 5 | 10 | 25 | 3 | | | | 15 | 7 | 7 | | 1 | 1 | | 2 | 7 | 9 | | 2 | 3 | 123 |
| Anesthésie, réanimation, urgences | 6 | 5 | 6 | 8 | 39 | 2 | 2 | 11 | 2 | 11 | | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | | 6 | 1 | 122 |
| Chir. thoracique, cardiaque et vasculaire | 3 | 4 | 3 | 4 | 36 | 5 | | | | 7 | 2 | 3 | 7 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | | 23 | 3 | 112 |
| Ophthalmologie | 3 | 3 | 3 | 5 | 19 | 2 | 2 | 2 | 2 | 18 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 10 | 11 | 107 |
| Chir. ORL, Maxillo-fac., stomato., plast. | 1 | 10 | 2 | 8 | 18 | | 2 | 4 | 11 | 1 | 2 | 2 | 4 | 7 | | 1 | 1 | 2 | 2 | | 13 | 2 | 89 |
| Cardiologie et angiologie | 6 | 4 | 1 | 7 | 14 | | 6 | 2 | 15 | 5 | 2 | 2 | 6 | | | 1 | 2 | 2 | 7 | | | | 80 |
| Médecine générale et interne | 1 | 6 | 5 | 6 | 4 | 3 | 9 | 5 | | 6 | | 1 | 4 | 6 | | 1 | 6 | 3 | 4 | | 2 | 2 | 76 |
| Chirurgie urologique | 1 | 6 | 5 | 6 | 4 | 3 | 9 | 5 | 8 | | | 1 | 5 | 3 | 2 | 2 | 1 | 7 | | | 6 | 2 | 76 |
| Microbiologie & hygiène | 3 | 3 | 1 | 2 | 13 | 2 | 2 | 8 | 5 | 3 | 1 | 1 | 8 | 5 | | 3 | | | | | | | 56 |
| Cancérologie | 2 | 3 | 1 | 6 | | 2 | 3 | | | 8 | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | | 1 | | 2 | 5 | 37 |
| Hépatogastro-entérologie | 2 | 5 | 1 | 1 | 3 | 1 | | | | 1 | | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | 1 | | 1 | | | | 31 |
| Rhumatologie | 1 | 2 | 1 | 7 | | | 1 | 1 | 3 | | | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | | 2 | 5 | 30 |
| Pneumologie | 1 | 2 | 1 | 1 | 11 | 2 | 1 | | | 11 | 2 | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 4 | | 27 |
| Pédiatrie | 2 | 2 | 1 | 12 | | | | | | 3 | | | 2 | 3 | 1 | | | | | | | | 26 |
| Psychiatrie | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | | | | | 1 | | | 1 | 3 | | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 20 |
| Réparation du dommage corporel | 4 | 2 | | 8 | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 17 |
| Immunologie, hématologie, biologie | 1 | 2 | 1 | 7 | | | | | | 1 | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | 3 | 2 | 17 |
| Radiologie | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | | 1 | | | 2 | | | | | 1 | 1 | | | 1 | | 11 |
| Chirurgie infantile | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | 9 |
| Pharmaco. & toxicologie | 2 | 2 | | 2 | | | | | | 1 | | 2 | | | | | | | | | 4 | | 7 |
| Gériatrie | 2 | 2 | | | | | | | | 1 | | 2 | | | | | | | | | | | 7 |
| Rééducation fonctionnelle | 2 | 2 | | | | | | | | | | 2 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | 5 |
| Dermatologie | 1 | 1 | | 2 | | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | 3 |
| Néphrologie | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | 2 | | | | 1 | | 3 |
| Endocrinologie | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | 1 | 3 |
| Néonatalogie | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 3 |
| Odontologie | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Diagnostic prénatal et médecine foetale | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 2 |
| Allergologie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | 2 |
| Anatomo-cytopathologie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| Total | 118 | 166 | 98 | 177 | 618 | 98 | 84 | 99 | 34 | 312 | 54 | 97 | 208 | 136 | 54 | 80 | 61 | 89 | ## | 3 | 238 | 122 | 3061 |

Annexe n° 6 : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux (nombres)

| Discipline médicale | Nancy | Bagnole t | Nord | Lyon | Bordeaux | Ouest | Sud | Total |
|---|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Chirurgie orthopédique & traumatologique | 99 | 130 | 68 | 123 | 110 | 36 | 103 | 669 |
| Maladies infectieuses | 114 | 130 | 3 | 11 | 14 | 60 | 22 | 354 |
| Chirurgie digestive & générale | 37 | 82 | 23 | 65 | 20 | 35 | 51 | 313 |
| Neurochirurgie | 25 | 64 | 22 | 49 | 26 | 10 | 30 | 226 |
| Médecine légale | 11 | 20 | 17 | 6 | 149 | | 23 | 226 |
| Gynécologie - obstétrique | 33 | 37 | 11 | 29 | 20 | 23 | 15 | 168 |
| Neurologie | 40 | 28 | | 29 | 2 | 19 | 5 | 123 |
| Anesthésie, réanimation, urgences | 25 | 41 | 15 | 15 | 8 | 11 | 7 | 122 |
| Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire | 14 | 41 | | 12 | 17 | 2 | 26 | 112 |
| Ophthalmologie | 14 | 21 | 6 | 23 | 10 | 12 | 21 | 107 |
| Chirurgie ORL, Maxillo-fac., stomato., plastique & esthétique | 21 | 18 | 6 | 14 | 12 | 3 | 15 | 89 |
| Cardiologie et angiologie | 18 | 14 | 8 | 22 | 7 | 11 | | 80 |
| Médecine générale et interne | 12 | 32 | | 6 | 11 | 13 | 2 | 76 |
| Chirurgie urologique | 18 | 7 | 14 | 9 | 12 | 8 | 8 | 76 |
| Microbiologie & hygiène | 5 | 15 | 15 | 5 | 16 | 0 | | 56 |
| Cancérologie | 12 | 2 | 3 | 10 | 1 | 2 | 7 | 37 |
| Hépto-gastro-entérologie | 8 | 4 | 0 | 4 | 13 | 2 | | 31 |
| Rhumatologie | | 2 | 1 | 3 | 9 | 8 | 7 | 30 |
| Pneumologie | 2 | | 2 | 14 | 2 | 3 | 4 | 27 |
| Pédiatrie | 5 | 12 | | 3 | 6 | | | 26 |
| Psychiatrie | 6 | 5 | | 1 | 4 | 2 | 2 | 20 |
| Réparation du dommage corporel | 14 | | | | 3 | | | 17 |
| Immunologie, hématologie, biologie | 11 | | | | | 1 | 5 | 17 |
| Radiologie | 1 | 6 | 1 | 1 | | 2 | | 11 |
| Chirurgie infantile | 4 | | 2 | 2 | | | 1 | 9 |
| Pharmaco. & toxicologie | 2 | 2 | | 3 | | | | 7 |
| Gériatrie | 2 | | | 1 | | | 4 | 7 |
| Rééducation fonctionnelle | | | | 2 | 3 | | | 5 |
| Dermatologie | 1 | 2 | | | | | | 3 |
| Néphrologie | | | | | 1 | 2 | | 3 |
| Endocrinologie | | | | 1 | | 1 | 1 | 3 |
| Néonatalogie | 2 | | | | | | 1 | 3 |
| Odontologie | 1 | 1 | | | | | | 2 |
| Diagnostic prénatal et médecine foetale | | | | | 2 | | | 2 |
| Allergologie | | | | | | 2 | | 2 |
| Anatomo-cytopathologie | 2 | | | | | | | 2 |
| Total | 559 | 716 | 217 | 463 | 478 | 268 | 360 | 3061 |

Annexe n° 7 : Critères de gravité retenus dans les avis positifs selon les pôles interrégionaux

