

COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MEDICAUX

- **Rapport au Parlement
et au Gouvernement**
- *Année 2006-2007*

**COMMISSION NATIONALE
DES ACCIDENTS MÉDICAUX**

**RAPPORT ANNUEL AU PARLEMENT
ET AU GOUVERNEMENT**

ANNÉE 2006 - 2007

SOMMAIRE

- Encadrement législatif et réglementaire du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux	5
- Présentation de la Commission nationale des accidents médicaux	9
- <u>Première partie</u> : Photographie de l'existant	15
- <u>Deuxième partie</u> : Les travaux en cours	45
- <u>Troisième partie</u> : Evolutions en cours et propositions	75
- Le mot du Président	91
- Remerciements	93
<u>ANNEXES</u> :	95
- n° 1 : Formulaire-type du rapport des CRCI	97
- n° 2 : Données quantitatives de chaque CRCI	101
- n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux	109
- n° 4 : Carte des régions métropolitaines.....	111
- n° 5 : Répartition selon les pôles des motifs de conclusion négative sans expertise « au fond »	112
- n° 6 : Spécialités médicales des experts selon les CRCI	113
- n° 7 : Principales spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux	114

- n° 8 : Répartition selon les pôles des motifs de conclusion négative après expertise 115
- n° 9 : Répartition selon les pôles des critères de gravité retenus dans les avis positifs.....116
- n° 10 : Travaux d'harmonisation du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux.....117
- n° 11 : Projet de trame d'avis positif (hors consolidation ou aggravation)119
- n° 12 : Projet de trame d'avis positif post-consolidation122
- n° 13 : Maquette du projet de site Internet de la CNAM..... 124
- n° 14 : Nomenclature des postes de préjudice (rapport Dintilhac) ... 125
- n° 15 : Mission-type d'expertise et livret de l'expert..... 126
- n° 16 : Suivi des dossiers de candidature à l'inscription sur la liste nationale des accidents médicaux..... .139
- n° 17 : Liste des domaines de compétence des experts en accidents médicaux..... 142
- n° 18 : Outil d'aide à la préparation de l'évaluation des besoins en aide humaine lors de l'expertise médicale de la CRCI..... 145

ENCADREMENT LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE DU DISPOSITIF DE RÈGLEMENT AMIABLE DES ACCIDENTS MÉDICAUX

Les dispositions législatives et réglementaires présentées ci-dessous sont, pour la plupart, codifiées dans le code de la santé publique aux articles L.1142-1 à L.1143-1 et D.1142-1 à 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) déterminent, sur la base d'un rapport d'expertise, si la cause du dommage relève de la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, d'un producteur de produits de santé ou d'un promoteur de recherches biomédicales 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).

Les CRCI sont également chargées d'assurer une mission de conciliation, dont elles peuvent, depuis l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, déléguer la charge à des médiateurs extérieurs.

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

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, quelle qu'en soit l'origine (responsabilité de l'établissement engagée ou aléa) par l'ONIAM, lequel dispose d'une action subrogatoire contre l'établissement dans le cas de faute établie de l'assuré à l'origine du dommage. Cette loi et la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ont, par ailleurs, également prévu la remise d'un rapport semestriel de l'ONIAM au Gouvernement, au Parlement et à la CNAM.

I.1.3 - Enfin, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte plusieurs articles qui aménagent les dispositions relatives aux experts en accidents médicaux. Cette loi et la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur confient, par ailleurs, de nouvelles compétences à l'ONIAM.

I.2 - Dispositions réglementaires

I.2.1 - Mise en place du dispositif

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.

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

Commission nationale des accidents médicaux (envoi systématique des rapports des commissions régionales à la commission nationale, remboursement des frais de déplacement et, dans certains cas, indemnisation des membres).

Enfin, le décret n° 2005-1768 du 30 décembre 2005, relatif aux nouvelles missions confiées à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui a eu principalement pour objet de mettre en œuvre ces modalités d'indemnisation par l'office, a comporté également quelques dispositions destinées à compléter le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux : d'une part, le déport de l'instruction d'un dossier vers une autre commission régionale, lorsque le président de la première se trouverait en conflit d'intérêts et en l'absence de vice-président et, d'autre part, l'indemnisation des rapporteurs de la CNAM.

I.2.2 - Inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux

I.2.2.1 - Décret n° 2004-1405 du 23 décembre 2004 relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux prévue à l'article L.1142-10 du code de la santé publique

La Commission nationale des accidents médicaux a notamment pour mission d'élaborer une liste nationale des experts en accidents médicaux, auxquels ont 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 du code de la santé publique), 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, pour une période de cinq ans, à raison d'un ou plusieurs domaines de compétence, en prenant en compte l'exercice de leur activité professionnelle, leur formation en responsabilité médicale et leur participation à un nombre minimal d'expertises.

Des rapporteurs, choisis au sein ou à l'extérieur de la CNAM par son président, vérifient les connaissances et les pratiques professionnelles et expertales 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 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.

I.2.2.2 - Arrêté du 23 décembre 2004 relatif au dossier de candidature prévu à l'article R.1142-30-1 du code de la santé publique pour l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux

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

II - Dispositions réglementaires à intervenir

II.1 - Formation des experts

Le décret précité du 23 décembre 2004 comporte une disposition transitoire selon laquelle la CNAM peut inscrire, sur la liste nationale, 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 dix mois suivant leur inscription. Toutefois, ce délai d'ores et déjà dépassé sans que les experts inscrits aient été mis en mesure de satisfaire à cette obligation de formation, devra être prolongé par décret en Conseil d'Etat ; un dispositif d'inscription conditionnelle permettra l'inscription des nouveaux candidats qui n'auront pas reçu une telle formation, sous réserve de remplir ultérieurement cette condition.

Un décret simple va préciser prochainement les modalités de la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale.

II.2 - Amélioration du dispositif

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été, en octobre 2004, saisie par le ministre chargé de la santé d'une mission d'évaluation du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux. Le rapport définitif, remis au ministre en octobre 2005 a constitué un document contradictoire comportant les observations des présidents de la CNAM et de l'ONIAM, ainsi que les réponses de l'IGAS après qu'il en eut pris connaissance.

A la suite de ce rapport, le ministre a sollicité des différents acteurs du dispositif, et notamment de la CNAM, des propositions visant à l'amélioration de son fonctionnement.

Le Gouvernement prépare, sur la base des suggestions ainsi présentées par les différents acteurs du dispositif, et notamment de la CNAM, un projet de décret en liaison avec le ministère de la justice.

PRÉSENTATION DE LA COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MÉDICAUX

I - Composition et moyens

I.1 - Composition

I.1.1 - Textes

- Les ministres chargés de la santé et de la justice nomment le président et les membres de la CNAM. Le président est un magistrat de l'ordre judiciaire ou 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 (article R.1421-1 du code de la santé publique).

- Le président et les membres de cette commission ont été initialement nommés par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la justice en date du 3 juin 2003, publié au Journal Officiel du 22 juin 2003. 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 ; ainsi, ont-ils 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, depuis l'arrêté du 3 juin 2003, un certain nombre de membres de la CNAM ont quitté leurs fonctions ou, pour les suppléants, sont devenus automatiquement titulaires, du fait du départ de leur titulaire.

En conséquence, plusieurs arrêtés (arrêté du 19 juillet 2004, publié au Journal Officiel du 4 août 2004, arrêté du 5 août 2005, publié au Journal Officiel du 18 août 2005, arrêté du 25 août 2006, publié au Journal Officiel du 5 septembre 2006 et arrêté du 25 octobre 2006, publié au Journal Officiel du 8 novembre 2006) ont procédé à de nouvelles nominations et ont renommé les représentants des usagers. Enfin, l'arrêté du 29 août 2007 a nommé les représentants des usagers, pour la période restant à courir jusqu'à l'expiration du mandat des membres de la commission, parmi les membres des associations agréées par le ministre chargé de la santé au titre de l'article L.1114-1, la période transitoire précitée s'étant achevée le 24 février 2007.

I.1.2 - Composition actuelle

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

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

Commissaires du Gouvernement :

- M. Jean MARTIN, avocat général près la Cour d'appel de Paris, commissaire du Gouvernement
- Dr Michel VERNEREY, membre de l'Inspection générale des affaires sociales, commissaire du Gouvernement adjoint

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. Marc MOREL, directeur du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)
- Mme Mariannick LAMBERT, de l'Union féminine, civique et sociale
- M. Jean BERTOLAS, de la Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux (AVIAM)
- M. Thomas SANNIÉ, de l'Association française des hémophiles (AFH)

- Suppléants :

- M. Arnaud de BROCA, de la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)
- Mme Linda AOUAR, de l'Association des paralysés de France (APF)
- Mme Véronique DUBOSQ, de la Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux (AVIAM)
- Mme Marie-Solange JULIA, de la Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux (AVIAM)

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. Stanislas de GAIL, représentant le Conseil national de l'ordre des médecins
- Pr. Dominique THOUVENIN, professeur de droit
- Dr. Patrice BODENAN, anesthésiste-réanimateur
- Pr. Sophie GROMB, chef de service de médecine légale
- Pr. Gérard MÉMETEAU, professeur de droit
- Mme Isabelle TERRIER-MAREUIL, avocat général près la Cour d'appel de Paris
- Dr. Hélène HUGUES-BEJUI, déléguée générale de l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC)

- Suppléants :

- Pr. Stéphanie HENNETTE-VAUCHEZ, professeur de droit
- Pr. Denis SAFRAN, anesthésiste-réanimateur
- Dr Alain MIRAS, responsable médical d'unité hospitalière sécurisée interrégionale
- Pr. Stéphanie PORCHY-SIMON, professeur de droit
- 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
- Dr. Patrick PÉTON, praticien hospitalier de médecine légale
- Pr. André LIENHART, chef de département d'anesthésiologie
- Dr. Jean-Marc TRELUYER, pharmacologue hospitalier
- Pr. Philippe PARQUET, psychiatre hospitalier
- Dr Bertrand GACHOT, président d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- Pr. Guy NICOLAS, cardiologue

- Suppléants :

- Pr. Patrice QUENEAU, chef de service de médecine interne
- Dr Jean-Sébastien RAUL, médecin légiste
- Pr. Jean-Louis POURRIAT, chef de service des urgences
- Dr. Jean CARLET, chef de service de réanimation et de maladies infectieuses
- Pr. Jacques MASSOL, pharmacologue

I.2 - Moyens

Le secrétariat est assuré par un fonctionnaire de catégorie A et un fonctionnaire de catégorie B, particulièrement destiné à la gestion de la liste nationale des experts en accidents médicaux, ainsi que du soutien d'un agent de catégorie C, tous membres du Secrétariat général de la direction générale de la santé.

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 initiale et le renouvellement des experts et, s'il y a lieu, 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 nationale des experts en accidents médicaux sont intervenues en mai 2005 et deux listes récapitulatives ont été publiées au Journal Officiel des 25 mars 2006 et 16 mai 2007.

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 au Parlement et au Gouvernement.

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

Pour l'élaboration du présent rapport, la CNAM a, à l'instar des trois années précédentes, 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, lequel élabore le compte rendu des débats, en liaison étroite avec le président.

Au cours des années 2003 et 2004, des groupes de travail, constitués parmi les membres de la commission, ont élaboré, après de nombreux débats avec l'ensemble des membres, deux rapports sur la base desquels le Gouvernement a pu préparer le décret relatif à la qualification des experts en accidents médicaux et l'arrêté comportant la composition du dossier de candidature.

Par ailleurs, en application de l'article L.1142-10 du code de la santé publique, la CNAM élabore des recommandations à l'attention des commissions régionales, visant à une application homogène de la procédure de règlement amiable par les commissions régionales (à titre d'exemple, une mission-type, accompagnée d'un livret de l'expert, a été adressée aux commissions régionales début 2006).

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

Enfin, des déplacements de quelques membres de la commission nationale ont, à l'initiative de son Président, été organisées dans les commissions régionales, permettant ainsi un échange direct avec les membres des commissions régionales et leur personnel.

PREMIERE PARTIE :

PHOTOGRAPHIE DE L'EXISTANT

Pour établir le rapport annuel au Gouvernement et au Parlement, prévu par l'article L.1142-10 du code de la santé publique (CSP), la Commission nationale des accidents médicaux (CNAM) a, comme pour ses précédents rapports, utilisé les données issues des rapports, que les présidents des commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) doivent adresser chaque année à la CNAM conformément à l'article R.1142-11 CSP. Pour faciliter le recueil et le traitement informatique de ces informations, un formulaire-type (*cf. annexe n° 1*) a été utilisé. Modifié cette année dans le but d'uniformiser le recueil des données que les CRCI partagent avec l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), ce formulaire a été établi grâce à un travail de concertation de la CNAM avec les présidents de CRCI et avec l'ONIAM. Sauf mention particulière, le sens des termes utilisés est celui indiqué dans ce document (**annexe n° 1**).

Cette partie rend compte des principales données quantitatives tirées des rapports adressés à la CNAM par les CRCI, dont une partie notable provient désormais du recueil automatisé précédemment mentionné. Les données présentées sont assorties de quelques commentaires et suivies d'une brève conclusion sur les informations les plus saillantes qu'il est possible de mettre en évidence. Dans la mesure où plusieurs commissions régionales ayant le même président ont été regroupées au sein de pôles interrégionaux et ont des fonctionnements similaires, la plupart des données du présent rapport sont fournies par pôles interrégionaux, dans le double but de clarifier l'exposé et de faciliter la mise en évidence d'éventuelles différences. Le détail des données correspondant à chaque commission est fourni dans l'**annexe n° 2** et celui des pôles interrégionaux dans l'**annexe n° 3**.

Les pôles interrégionaux sont ainsi désignés : Bagnole (Haute-Normandie, Île-de-France, Guyane, Guadeloupe-Martinique), Bagnole-Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Pays-de-la-Loire, Réunion), Bagnole-Nord (Centre, Nord-Pas-de-Calais, Picardie), Bordeaux (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes), Lyon (Auvergne, Bourgogne, Rhône-Alpes), Lyon-Sud (Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur), Nancy (Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine). Durant l'année 2006-2007, des modifications d'attribution sont intervenues : des commissions ont été rattachées à un autre pôle interrégional ou sont désormais présidées par un nouveau magistrat ; dans un souci de cohérence il a été demandé au magistrat qui en assurait la présidence jusqu'en mars 2007 de bien vouloir adresser les données de l'ensemble de l'année considérée. La répartition de la population entre les pôles interrégionaux métropolitains et la carte de ces pôles sont fournies dans l'**annexe n° 4**.

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

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

Le nombre annuel moyen de réunions est de 9, avec des extrêmes allant de 2 (Corse) à 37 (Île-de-France). En moyenne, 14 membres sur les 20 ont été présents et l'assiduité a donc été respectée. Les variations interrégionales sont peu importantes (de 12 pour le pôle Lyon-Sud à 15 pour ceux de Lyon et de Bordeaux). Les CRCI de Guadeloupe-Martinique et de la Réunion se sont réunies une fois chacune ; celle de Guyane ne s'est pas encore réunie. Au total, 3211 dossiers ont été traités pour le territoire métropolitain, en tenant compte du fait qu'un même dossier a pu être examiné à plusieurs reprises en commission.

I.2 - Activité des CRCI

I.2.1 - Nombre de dossiers reçus

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

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

Il existe pour les examiner deux formations : une *formation de règlement amiable* pour les litiges relatifs aux accidents médicaux, une *formation de conciliation* pour les autres litiges. Cependant, cette répartition des compétences apparemment simple – chaque section examinant chacune de ces catégories de litiges – est rendue complexe dans la mesure où¹ :

- lorsque la *formation de règlement amiable*, saisie d'une demande d'indemnisation des dommages dus à un accident médical, constate qu'ils ne présentent pas le caractère de gravité prévu par la loi, elle déclare irrecevable la demande, sous la forme d'une « *déclaration d'incompétence* » (article R.1142-15, al.1 CSP) ;
- dans ce cas, lorsque le demandeur estime que l'accident est dû à une faute d'un professionnel ou d'un établissement de santé, une autre possibilité lui est offerte : il peut saisir la *formation de conciliation*. Cette possibilité lui est ouverte après que la *formation*

¹ Les solutions adoptées pour résoudre les difficultés qui en résultent sont abordées dans la deuxième partie du présent rapport.

de règlement amiable, initialement saisie, a déclaré la demande irrecevable (sous la forme d'une « *déclaration d'incompétence* » : article R.1142-15, al.1 CSP) et a informé le demandeur « *de la possibilité de saisir la commission en vue d'une conciliation* » (article R.1142-15, al. 2 CSP) ;

- rien n'empêche cependant le demandeur de saisir la *formation de conciliation* en première intention, lorsqu'il pense que les dommages n'ont pas la gravité requise par la loi, pour permettre à la formation de règlement amiable d'examiner sa demande.

Aussi apparaît-il que, si la formation de règlement amiable ne peut examiner que les seuls litiges relatifs à l'indemnisation des accidents médicaux, tel n'est pas le cas de la formation de conciliation dont la compétence porte à la fois sur « *d'autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé* » et sur ceux ayant trait à l'indemnisation des accidents médicaux ne présentant pas le caractère de gravité prévu par la loi.

C'est à la lumière de ces compétences que les données chiffrées disponibles doivent être interprétées. Au total, **2988 demandes de règlement amiable en vue d'indemnisation** et **41 demandes initiales de conciliation** ont été reçues. Cependant, le **nombre total des demandes de conciliation** est plus élevé puisqu'il a été de **193** (*cf.* § II.7, « conciliations ») ; cette différence s'explique par le fait qu'elles sont presque exclusivement intervenues après que la CRCI en formation de règlement amiable se fut déclarée incompétente et eut informé le demandeur de son droit de la saisir en formation de conciliation (article R. 1142-15, al. 2 CSP). Par ailleurs, aucune demande autre qu'une indemnisation n'a été reçue.

Il se confirme donc, d'une part, que dans la totalité des cas, les demandeurs saisissent les CRCI en vue d'une indemnisation pour un accident médical dont ils estiment être victimes et, d'autre part, que les demandes initiales de conciliation représentent moins de 1 % de ces demandes d'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 (21 % de l'ensemble, pour une moyenne de 14 % par pôle). Cette disproportion est encore plus nette lorsqu'on considère, non plus les pôles interrégionaux, mais les CRCI : celle d'Île-de-France a reçu 557 demandes d'indemnisation, contre une moyenne de 116 pour les autres CRCI (*cf.* **annexes n° 2 et n° 3**), soit environ cinq fois plus. La figure 2 représente le nombre de demandes enregistrées rapporté à la population, qui est de l'ordre de 50 par million d'habitants et est assez homogène. L'an dernier, 2661 demandes d'indemnisation avaient été reçues, contre respectivement 3041 et 3241 en 2005 et 2004 : la tendance à la baisse s'est donc inversée (figure 3).

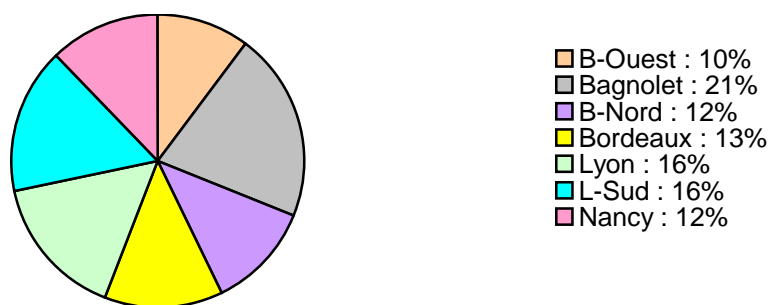


Figure 1. Répartition entre les pôles interrégionaux des demandes d'indemnisation ($n = 2988$)

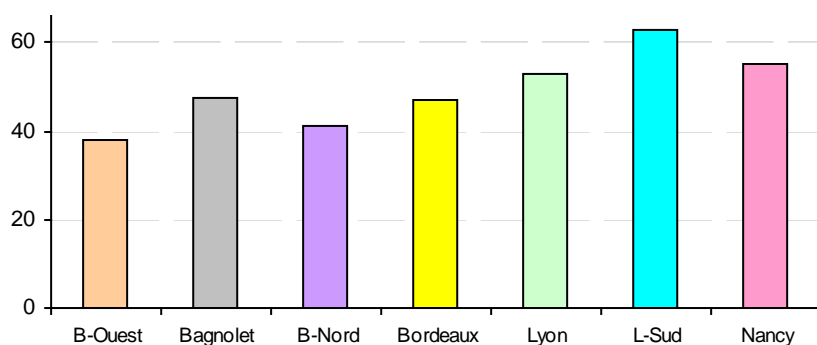


Figure 2. Nombre de demandes d'indemnisation par million d'habitants (données Insee 2006)

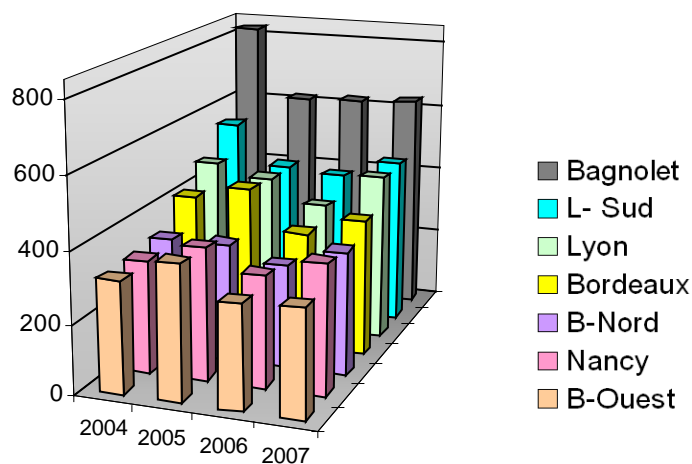


Figure 3. Evolution des demandes d'indemnisation selon les pôles interrégionaux

I.2.2 - Traitement des dossiers

Avant d'aborder le détail de celui-ci, une précision sur la terminologie adoptée doit être apportée. En effet, l'analyse des données issues des rapports adressés par les présidents de CRCI à la CNAM a conduit à la constatation, dans le rapport de 2004-2005 et de manière encore plus précise dans celui de 2005-2006, que certaines d'entre elles n'étaient pas dénommées de la même manière, ce qui nécessitait des vérifications ou des corrections et comportait un risque d'erreur. En conséquence, la CNAM a proposé de mener un travail d'harmonisation avec les CRCI et l'ONIAM. Ce travail, dont il est rendu compte dans la

deuxième partie du présent rapport, a conduit à privilégier, au moins temporairement, la terminologie la plus neutre possible. Ainsi les termes d'avis, de rejet, d'irrecevabilité, d'incompétence, etc., n'ont-ils plus été utilisés, au profit de celui de « conclusion », en qualifiant celle-ci de « positive » ou de « négative » à l'égard de la demande, et en précisant, dans ce dernier cas, si elle est survenue sans qu'il y ait eu recours à une expertise ou après celle-ci.

La première étape est constituée par l'instruction préalable du dossier. En effet, la majorité des dossiers envoyés à la commission sont incomplets ; il manque souvent des pièces indispensables, concernant notamment le dossier médical, qu'en outre certaines victimes peinent à obtenir. Or, la commission a besoin de disposer des éléments permettant d'apprécier la recevabilité initiale de la demande, préalable qui conditionne le passage à l'étape suivante. Le délai moyen entre la date du premier enregistrement et celle de la constitution d'un dossier complet a été de l'ordre d'un mois et demi, avec d'importantes différences entre les pôles (de l'ordre de deux semaines pour celui de Lyon à plus de deux mois et demi pour celui de Lyon-Sud). Au-delà d'un certain délai et après plusieurs courriers de rappel, par lettres simples puis recommandées, le dossier finit pas faire l'objet d'une conclusion négative sans expertise, s'il n'est pas complet.

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

Les résultats de cette première étape sont connus pour **3035 demandes d'indemnisation : 679 conclusions négatives sans expertise au fond (22 %) et 2356 désignations d'experts** sur le fondement de l'article L.1142-9 CSP, communément appelées expertises « au fond » (78 %). Ce nombre de 3035 est supérieur à celui des demandes d'indemnisation reçues (2988). L'absence de concordance s'explique par le mode de recueil des données, qui se fait sur une période fixe : certains dossiers traités durant la période couverte par le présent rapport avaient été reçus durant la période précédente, cependant que certains dossiers reçus durant la période couverte par le présent rapport n'ont pas encore été traités. Seul le suivi longitudinal des dossiers reçus pendant une période donnée permettra de disposer d'indications fiables sur le devenir des demandes, ce qui ne sera possible qu'après plusieurs années de recueil valide des données avec l'outil informatique commun à l'ONIAM

et aux CRCI. Si les proportions de conclusions négatives et de désignations d'experts sont superposables à celles de l'an dernier à 1 % près, les chiffres sont plutôt en baisse en dépit de l'augmentation du nombre des demandes, puisqu'ils étaient en 2006 respectivement de 803 et 2631, soit un total de 3434.

Sur les 3035 dossiers traités cette année, **moins de 2 %** (soit 56 dossiers) **ont été soumis aux observations préalables d'un expert** (article R.1142-14 CSP). Il y en avait eu 87 en 2006, 94 en 2005 et 147 en 2004. L'observation faite dans les précédents rapports est à nouveau confirmée : le recours à l'expert n'est pas utilisé faute d'efficacité, puisque celui-ci n'est habilité ni à entendre ni à examiner, à ce stade, la personne demandant réparation. En cas de doute, les présidents préfèrent généralement utiliser les compétences médicales disponibles au sein de la commission ou utiliser les services d'un médecin rémunéré à cette fin.

La figure 4 représente la répartition entre pôles interrégionaux des conclusions négatives sans expertise au fond (art. L.1142-9 CSP) et la figure 5 celle des décisions de désignation d'experts. Les répartitions se rapprochent désormais de celle des demandes (cf. figure 1), ce qui peut s'expliquer par le comblement du retard initial de la commission d'Île-de-France. La figure 6 représente le pourcentage de dossiers traités à cette étape par chaque pôle interrégional et la figure 7 celui de dossiers ayant fait l'objet d'une conclusions négative à cette étape, qui varie de 13-15 % (Nancy, Bagnole-Nord) à 28 % (Bordeaux, Bagnole).

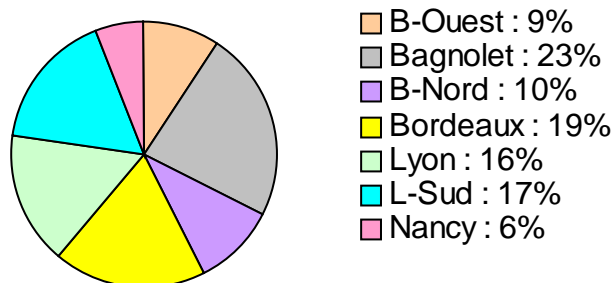


Figure 4. Répartition entre les pôles interrégionaux des conclusions négatives sans expertise au fond ($n = 679$)

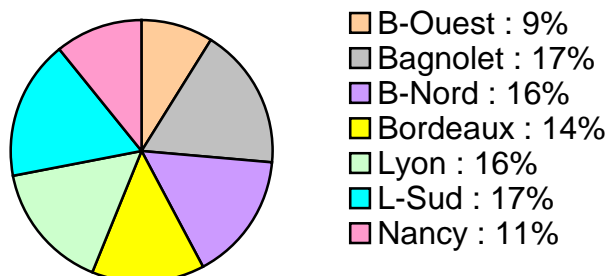


Figure 5. Répartition entre les pôles interrégionaux des désignations d'experts (art. L.1142-9 CSP) ($n = 2356$)

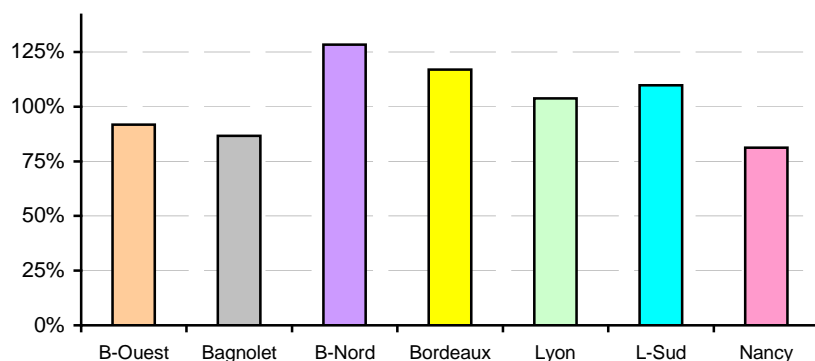


Figure 6. Pourcentage de dossiers traités selon les pôles interrégionaux (nombre de conclusions négatives sans expertise au fond et de désignations d'experts durant l'année considérée / nombre de demandes d'indemnisation reçues durant la même période)

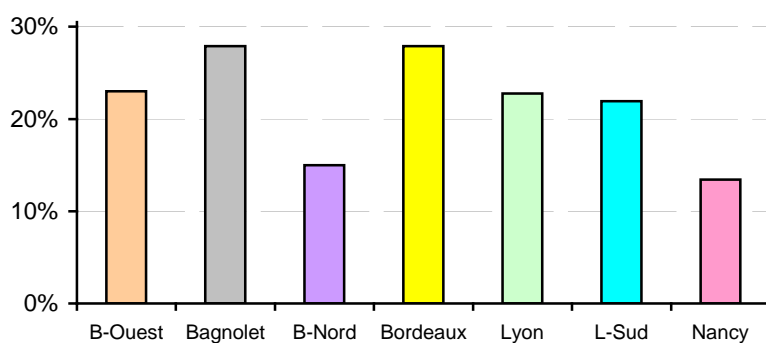


Figure 7. Pourcentage de dossiers dont la conclusion est négative sans expertise selon les pôles (nombre de conclusions négatives sans expertise au fond / nombre de dossiers traités à cette étape)

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

Les motifs des **679 conclusions négatives sans expertise au fond** sont représentés dans la figure 8. Un constat d'abandon ou de désistement est intervenu dans 8 % des cas. Une irrecevabilité est intervenue dans 12 % des cas : essentiellement par défaut de production de pièces indispensables (11 %), accessoirement (1 %) du fait de l'absence d'acte de prévention, de diagnostic ou de soins ; il ne s'est agi dans aucun cas d'un défaut de qualité à agir. Dans 70 % des cas, la commission a estimé la demande irrecevable et s'est considérée, par voie de conséquence, incompétente : parce que le seuil de gravité requis n'était manifestement pas atteint dans 53 % des cas, ce qui est le principal motif de conclusion négative à ce stade ; en raison d'une date des faits générateurs antérieure au 5 septembre 2001 dans 17 % des cas. Dans 10 % des cas, c'est l'absence évidente de lien de causalité entre l'acte en cause et le dommage qui motivait la conclusion négative. La répartition de ces motifs en fonction des pôles interrégionaux est fournie dans l'**annexe n° 5**, qui révèle une absence d'homogénéité.

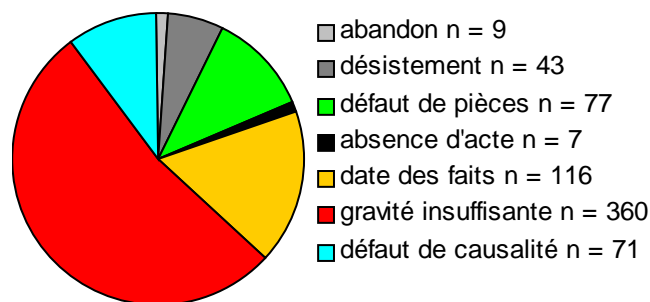


Figure 8. Motifs de conclusion négative sans expertise au fond

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

Celles-ci ont pour but de permettre à la CRCI d'émettre un avis. Leur répartition entre pôles interrégionaux, représentée dans la figure 5, a déjà été commentée.

I.2.4.1 - La collégialité

La loi (article L.1142-12 CSP) fait de la désignation d'un collège d'experts la règle de principe, l'expert unique étant l'exception. Mais la pratique s'en éloigne puisque, dans les faits, en moyenne seules **39 % des expertises sont collégiales**. Toutefois, ce chiffre est en augmentation par rapport à l'an dernier, où cette proportion était de 27 %. La figure 9 représente les valeurs observées dans chaque pôle interrégional : on relève que les différences importantes entre pôles, déjà observées dans les rapports précédents de la CNAM, se maintiennent ; ainsi, le recours aux expertises collégiales varie de 11 % (Lyon) à 62 % (Nancy).

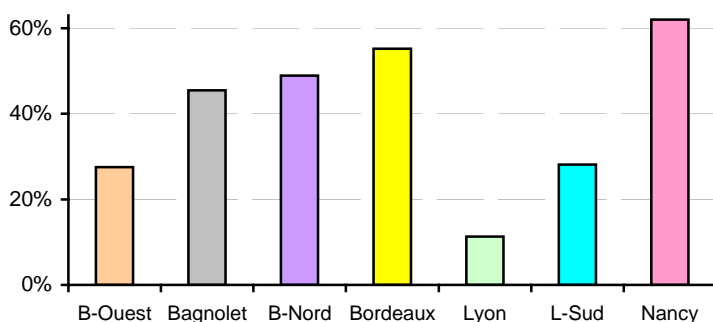


Figure 9. Pourcentage d'expertises collégiales selon les pôles interrégionaux

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. Mais, dès l'origine, les présidents des CRCI ont généralement eu le souci de désigner des experts éloignés géographiquement de ce lieu, car ils y voient un gage d'indépendance. Cette pratique continue d'être observée ; ainsi le pourcentage d'experts exerçant dans un autre département que celui du lieu des faits reprochés a été en moyenne de

94 %, sans grandes disparités interrégionales, l'Île-de-France atteignant désormais 84 % (contre 10% l'an passé).

I.2.4.3 - Les disciplines

Tous les experts sont médecin, chirurgien-dentiste ou infirmière : leur discipline a été communiquée pour 3235 d'entre eux. La figure 10 représente la répartition des disciplines médicales les plus sollicitées, qui regroupent 90 % des experts désignés.

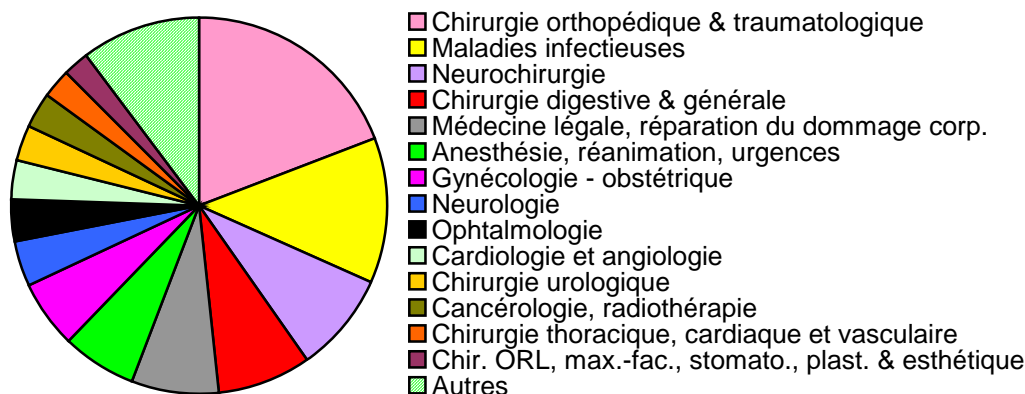


Figure 10. Principales disciplines des experts sollicités ($n = 3235$)

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

La **proportion d'experts sollicités hors liste des experts judiciaires ou liste nationale des experts en accidents médicaux**, qui était de **16 % en 2005 et 2006** est **désormais de 11 %** (hors données du pôle de Bagnole-Ouest, non disponibles). Elle est passée de 37 % en 2006 à 3 % en Île-de-France, du fait notamment des inscriptions sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, mais est de 29 % en PACA. Par ailleurs, comme les années précédentes, le recours à un sapiteur a été exceptionnel (108 cas, soit 4,6 %).

Il convient de rappeler que la loi prévoit que le choix des experts doit se faire sur la liste nationale des experts en accidents médicaux (art. L. 1142-12, al. 1 CSP) ; mais, leur nomination n'ayant débuté qu'en 2005 en raison de la publication fin 2004 du décret relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux (décret n° 2004-1405 du 23 décembre 2004 : articles R.1142-29-1, R. 1142-30-1, R. 1142-30-2, R. 1142-31-1, R. 1142-32-1 CSP), les experts peuvent être encore choisis sur la liste des experts judiciaires ou, à titre exceptionnel, en dehors de cette liste, en application de l'alinéa 2 de l'article L.1142-12 CSP.

L'**annexe n° 6** fournit le détail des disciplines médicales sollicitées par les commissions régionales et l'**annexe n° 7** schématise leur répartition par pôles interrégionaux. Celle-ci

apparaît assez homogène, à l'exception des spécialistes de réparation du dommage corporel ou de médecine légale qui représentent près de 25% des experts du pôle de Bordeaux, pour une moyenne de 4 % dans les autres pôles.

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 dans le cas de recours à un collègue d'experts. Le délai moyen de retour de l'expertise a été de l'ordre de quatre mois et demi. Le recours à un complément d'expertise ou à une nouvelle expertise a été rare (185 cas, soit une proportion de 8 %).

I.2.5 - Les conclusions après expertise au fond

Les commissions siégeant en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales n'ont le pouvoir d'émettre un avis (article L.1142-8 CSP) que lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L.1142-1 CSP et précisé par décret (article D.1142-1 CSP). Compte tenu de ces règles, seules sont susceptibles d'être qualifiées d'avis les solutions adoptées par les commissions, lorsque les dommages présentent le caractère de gravité prévu par la loi.

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

Lorsqu'un avis ne peut être rendu, faute pour les dommages subis par la victime de présenter le caractère de gravité prévu par la loi, le rejet de la demande pris sur ce fondement est, aux termes de l'article R.1142-15, al. 1 CSP, qualifié de « *déclaration d'incompétence* », et non d'*avis*. Toutefois, les investigations passées et présentes ayant montré que le risque d'une confusion entre ces deux qualifications ne devait pas être écarté, avec une possible incidence sur le chiffrage des solutions adoptées par les CRCI, il a été convenu, comme indiqué précédemment et après concertation entre la CNAM, les représentants des CRCI et le service informatique de l'ONIAM, que seul le terme de « conclusion » serait utilisé.

Cette précision ayant été apportée, les hypothèses où les CRCI ont estimé qu'il n'y avait **pas lieu de proposer une indemnisation** (« conclusions négatives après expertise au fond ») représentent **46 % des cas** (soit 943 dossiers) et celles estimant qu'il y avait **lieu de proposer une indemnisation** (« conclusions positives après expertise au fond » ou avis positifs) s'élèvent à **54 % des cas** (soit 1097 dossiers).

Au total, les CRCI se sont prononcées après expertise dans 2040 dossiers. La différence entre ce nombre et celui de 2380 expertises demandées vient de la saisie des données sur une période donnée. Les années précédentes, les CRCI s'étaient prononcées après expertise dans

1996 dossiers en 2006 et 1506 en 2005 ; la proportion de « conclusions positives après expertise au fond » a également augmenté : 44 % en 2005, 51 % en 2006, 54 % cette année.

I.2.5.1 - Les conclusions négatives après expertise au fond

Les motifs des conclusions négatives à ce stade sont représentés dans la figure 11 : les principaux relèvent de trois catégories : l'absence de gravité suffisante des dommages au regard de l'exigence légale (35 %), l'absence de faute ou d'aléa (32 %), de lien de causalité (26 %). Leur répartition dans chaque pôle interrégional figure dans l'**annexe n° 8**, qui révèle un certain manque d'homogénéité.

La figure 12 représente la proportion de conclusions négatives dans l'ensemble des conclusions rendues après expertise au fond selon le pôle interrégional. A l'inverse de celle précédemment mentionnée, cette répartition est relativement homogène.

Le délai entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la commission a rendu ce type de conclusion a été en moyenne de presque 11 mois, avec des extrêmes allant de 8 (Lyon) à 15 mois (Bagnole).

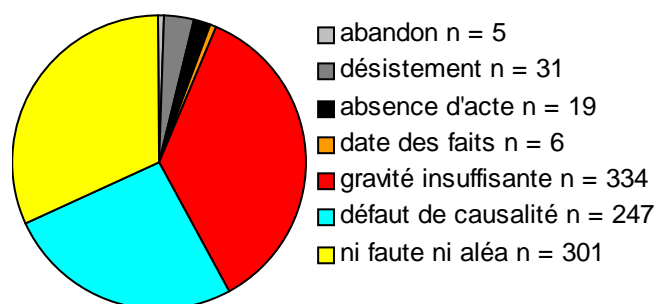


Figure 11. Motifs de conclusion négative après expertise au fond ($n = 943$)

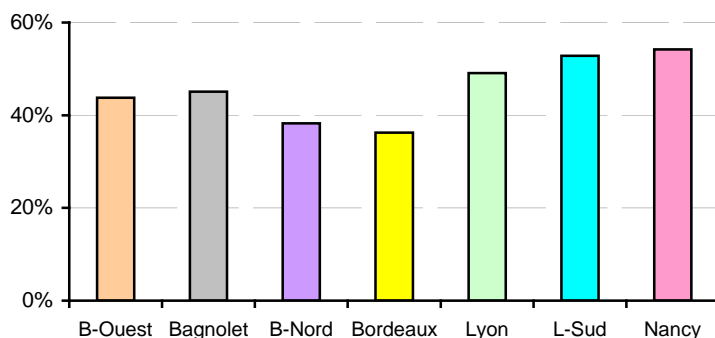


Figure 12. Proportion d'issues négatives dans les conclusions après expertise au fond selon les pôles interrégionaux ($n = 2040$)

I.2.5.2 - Les conclusions positives après expertise au fond

La répartition des critères de gravité retenus pour admettre la recevabilité de la demande est représentée dans la figure 13 : décès (21 %), taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 24 % (26 %), durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT) de plus de six mois (35 %), troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence (16 %), inaptitude à exercer

l'activité professionnelle (2 %). La répartition des critères de gravité retenus dans chaque pôle interrégional figure dans l'**annexe n° 9**, qui met en évidence une grande homogénéité.

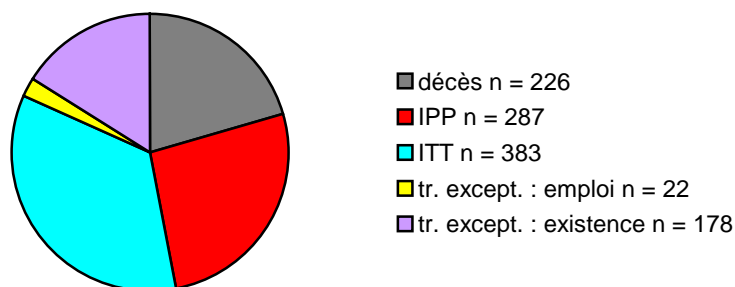


Figure 13. Critères de gravité pris en compte dans les conclusions positives après expertise au fond ($n = 1097$)

Dans 78 % des cas, l'indemnisation proposée a été totale ; en cas d'indemnisation partielle, celle-ci a été motivée par l'état antérieur dans 14 % des cas, une perte de chance dans 8 %, les deux dans moins de 1 % des cas.

Le délai de six mois, entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la commission a rendu l'avis, n'a globalement pas été respecté. Il est en moyenne de 11 mois, avec des extrêmes allant de 9 (Nancy, Lyon) à 16 mois (Bagnolet), auquel il convient d'ajouter le délai entre la date de la réunion et celle de l'envoi de l'avis, qui peut atteindre deux semaines.

I.2.6 - Les propositions d'indemnisation

Le nombre des avis estimant qu'il y avait lieu de proposer une indemnisation a été de **1097** : 25 % au titre d'une infection nosocomiale (contre 31 % les années précédentes) et 75 % hors infections nosocomiales. La [figure 14](#) représente la répartition des avis estimant que le dommage engage la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé (assureurs : article L.1142-14 CSP) et de ceux estimant que le dommage est indemnisable au titre de la solidarité nationale (ONIAM : article L.1142-1, II CSP). Le régime était unique dans 91 % des cas, prévoyait un partage entre responsabilité et solidarité dans 9 % des cas. Les données par pôle interrégional sont représentées dans la [figure 15](#), qui n'objective pas de défaut marquant d'homogénéité.

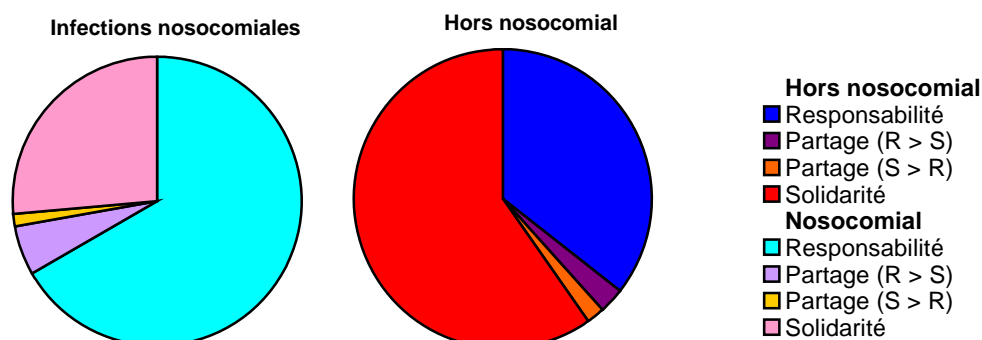


Figure 14. Répartition des propositions d'indemnisation

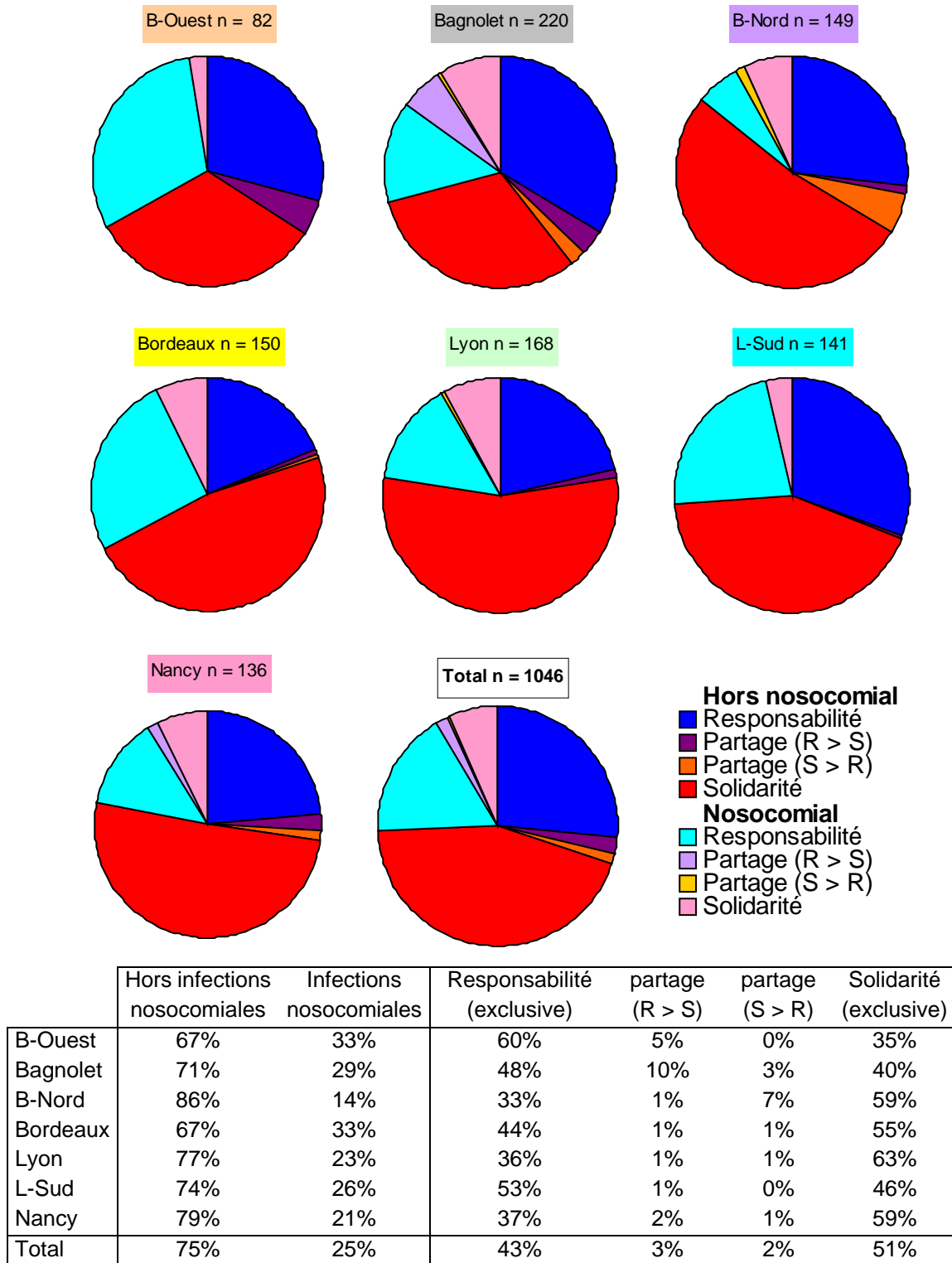


Figure 15. Répartition des types d'indemnités proposées selon les pôles interrégionaux (En cas de partage avec régime prépondérant, seul ce dernier a été pris en compte. Les propositions de partage sans régime prépondérant n'ont pas été prises en compte, expliquant un total légèrement inférieur à celui de l'ensemble des propositions d'indemnisation)

Le tableau ci-dessus fait cependant apparaître, entre les pôles de Bagnolet-Ouest et Bagnolet-Nord en particulier, une proportion inversée entre responsabilité et solidarité, que la figure 15 permet de rapporter notamment à une proportion différente d'infections nosocomiales relevant de la responsabilité (IPP < 25 %).

I.2.7 - Les conciliations

Lorsqu'une commission estime la demande irrecevable parce que les dommages ne présentent pas le caractère de gravité prévu par la loi (sous la forme de la « *déclaration d'incompétence* » aux termes de l'article R.1142-15, al. 1 CSP), elle doit informer le demandeur de la possibilité qu'il a de saisir la formation de conciliation (article R.1142-15, al. 2 CSP). Celle-ci a été sollicitée dans **193 cas** (contre 259 l'an passé). Il a été fait appel à un médiateur extérieur dans 51 % des cas, à un ou plusieurs membres de la commission dans 44 % des cas, à l'ensemble de la commission dans 4 % des cas ; un seul dossier a été transmis à un conseil départemental de l'ordre des médecins, sans élément permettant d'identifier le médecin ni précisions sur le motif de la transmission. Les conclusions sont connues pour 90 dossiers : 7 accords totaux, 9 accords partiels et 74 constats de non-conciliation.

Rapportée au nombre de conclusions négatives au motif d'un défaut de gravité (« *déclarations d'incompétence* »), sans expertise ou au vu de celle-ci, la proportion des demandes de conciliation est de 28 %, avec des différences interrégionales toujours marquées, puisqu'elle varie de 12 % (Nancy) à 46 % (Bagnolet) (figure 16).

Il est rappelé qu'une demande initiale de conciliation fondée sur un motif autre que celui de l'indemnisation (*cf. supra* I.2.1) est possible ; mais aucune demande en ce sens n'a été introduite.

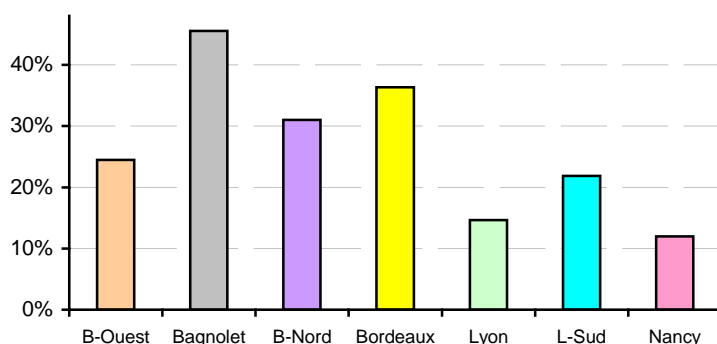


Figure 16. Pourcentage de demandes de conciliation par rapport aux conclusions négatives au motif d'un défaut de gravité selon les pôles interrégionaux

I.3 - En résumé

I.3.1 - Un nombre de saisines qui a cessé de diminuer et une activité des CRCI soutenue

Le nombre de saisines des CRCI a pratiquement rejoint son niveau de 2005. Si le nombre de demandes d'expertises a fléchi, le nombre de conclusions rendues a pratiquement atteint son niveau élevé de l'an dernier ; s'y ajoutent désormais un nombre croissant de dossiers devant être réexaminés en raison de la consolidation du dommage, d'une aggravation ou d'un fait nouveau (figure 17).

Parmi les dossiers dont la recevabilité a été examinée, la proportion d'issues positives est remarquablement stable au fil des ans, plus des trois quarts aboutissant à une demande d'expertise au fond, et moins d'un quart à une conclusion négative sans expertise. En revanche, après expertise, la proportion de propositions d'indemnisation croît progressivement depuis 2005 (figure 18).

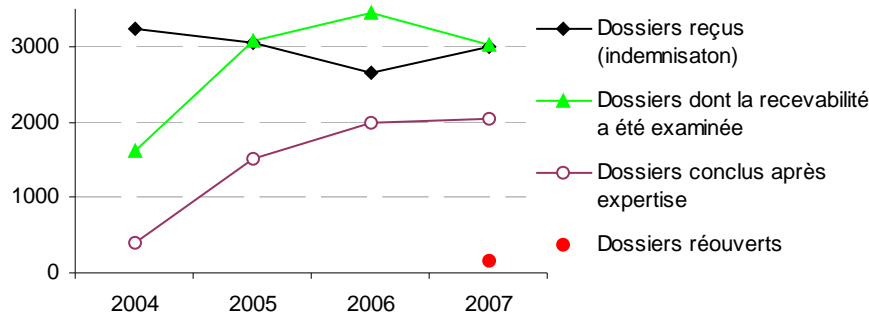


Figure 17. Evolution de l'activité des CRCI

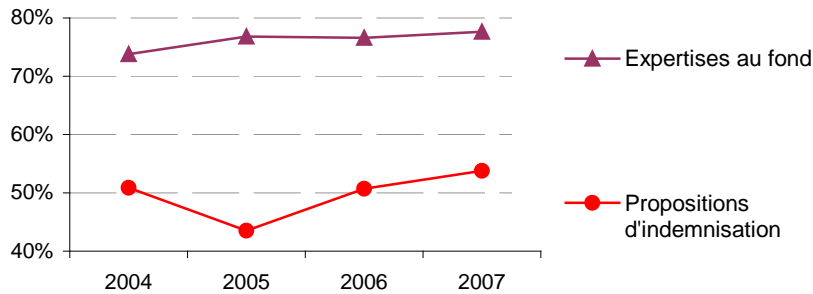


Figure 18. Evolution des proportions d'issue positive, en recevabilité et après expertise

Ce n'est pas seulement la proportion de propositions d'indemnisation qui continue d'augmenter, mais également leur nombre, sans que ce phénomène apparaisse lié cette année à une utilisation plus fréquente du critère des troubles exceptionnels dans les conditions d'existence, contrairement à l'an passé (figure 19).



Figure 19. Evolution des critères de gravité motivant les conclusions positives, en valeur absolue (à gauche) et en pourcentages (à droite)

I.3.2 - Des résultats relativement homogènes

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

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

En cas de déclaration d'incompétence, le recours ultérieur à une procédure de conciliation a été utilisé un peu plus d'une fois sur quatre, en progression par rapport à l'an dernier, à l'exception du pôle de Nancy. En cas de conclusion positive (avis positif), celle-ci a été transmise à l'ONIAM dans 51 % des cas, à l'assureur dans 43 % des cas, le reste ayant abouti à un partage entre les deux.

Les infections nosocomiales ont représenté environ le quart du nombre des propositions d'indemnisation, en baisse par rapport aux années précédentes, où elles en représentaient un peu moins du tiers.

I.3.3 - Des fonctionnements laissant persister un certain manque d'homogénéité

La proportion de conclusions négatives sans expertise a varié du simple au double d'un pôle interrégional à l'autre (*cf.* figure 7) ; leurs motifs ont varié dans des proportions encore plus considérables (*cf.* **annexe n° 5**). Ces différences ne constituent en rien un indice de qualité d'un pôle par rapport à l'autre, mais rendent certainement compte de pratiques différentes. Seules des hypothèses peuvent être émises pour les expliquer :

- le niveau d'informations données au téléphone, dont il n'existe pas de trace, peut avoir des conséquences sur la qualité des dossiers adressés à la commission ;
- une fois le dossier reçu considéré comme complet, la décision de faire appel à une expertise au fond est prise sans passer en séance, ce qui évite un allongement des délais, alors que celle de donner une conclusion négative sans expertise nécessite ce passage : en cas d'hésitation, certaines commissions auront largement recours à l'expertise au fond, alors que d'autres feront appel à un médecin, salarié à cette fin, pour aider à préparer le passage devant la commission en vue d'une conclusion négative. Par ailleurs, lorsqu'au contraire une expertise apparaît nécessaire, ce médecin peut aider au choix de la spécialité médicale de l'expert dans les cas difficiles, sans attendre le passage en commission.

La proportion des différentes spécialités médicales sollicitées pour les expertises a été en revanche assez homogène, à une seule exception près. Il s'agit des spécialistes de médecine légale ou de réparation du dommage corporel (*cf.* **annexe n° 7**). La liste nationale des experts en accidents médicaux ne comporte pas d'inscription de spécialistes en médecine légale, l'analyse des faits litigieux devant être réalisée par un praticien de la discipline dont l'acte est mis en cause, qui n'est pratiquement jamais du ressort de cette spécialité ; elle porte par ailleurs une attention particulière à la compétence en matière d'évaluation du dommage

corporel. Ainsi, pour pouvoir être désignés seuls, les experts doivent disposer d'une double compétence : celle de la discipline impliquée dans l'accident, de façon à fournir les éléments d'appréciation utiles à la commission pour lui permettre de se prononcer en matière de responsabilité et d'imputabilité, et celle de l'évaluation du dommage corporel. En conséquence, ne peuvent être désignés seuls, ni les spécialistes n'ayant pas une compétence suffisante en évaluation du dommage corporel, ni ceux n'ayant que cette seule compétence, comme ce peut être le cas des médecins n'ayant d'autre spécialité que celle de la médecine légale.

L'augmentation du taux d'expertises collégiales est un indicateur de la prise en compte progressive de cette règle. Par rapport à cette dernière et à son respect, deux autres constatations peuvent être faites. La première n'est que sémantique : la plupart des commissions ont encore utilisé la dénomination « médecine légale », à l'exception du pôle de Bordeaux qui utilise celle de spécialiste en réparation du dommage corporel. La seconde en revanche porte sur les pratiques : ce pôle a un recours à ces spécialistes manifestement supérieur à celui des autres. Là encore, il n'est pas possible d'en faire un indicateur de qualité ou de conformité aux recommandations de la CNAM, d'autant que, globalement, le nombre de recours à ces spécialistes (n = 121) est inférieur à celui des expertises collégiales (n = 181) comme cela est souhaitable. Pour vérifier que les spécialistes exclusifs de réparation du dommage corporel et les spécialistes sans compétence en réparation du dommage corporel ne sont pas désignés seuls, il conviendra d'analyser des dossiers de ce point de vue.

La répartition des motifs des conclusions négatives après expertise n'est pas réellement homogène (cf. **annexe n° 8**). Plusieurs raisons peuvent être invoquées. Selon que le recours à l'expertise a été très large ou au contraire restreint, une différence peut être attendue. Il est cependant difficile d'expliquer par cette seule hypothèse la raison pour laquelle, par exemple, la proportion représentée par les rejets pour accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa) est de 71 % pour le pôle de Lyon contre 4 % pour celui de Lyon-Sud cependant que, inversement, celle des rejets pour défaut de lien de causalité est de 5 % pour le premier et de 50 % pour le second : l'hypothèse selon laquelle des faits équivalents pourraient être qualifiés différemment ne peut être exclue, objectivant des modalités de classement différentes. Ceci n'a pas de conséquence pratique pour les demandeurs, sauf en matière de conclusion négative motivée par un seuil de gravité non atteint. En effet, dans ce cas, le demandeur doit être informé qu'il peut recourir à la « *formation de conciliation* », par le courrier accompagnant la « *déclaration d'incompétence* ». Or la proportion de ce motif de conclusion négative après expertise **varie de plus du simple au double** (22 % à Lyon, 50 % à Bordeaux).

La répartition des motifs des conclusions positives après expertise (avis positifs) est en revanche particulièrement homogène (cf. **annexe n° 9**). La seule exception concerne le recours aux troubles exceptionnels dans les conditions d'existence par le pôle de Lyon-Sud (29 % contre une moyenne de 14 % pour les autres pôles).

Les délais des conclusions adoptées par les commissions sont représentés dans la **figure 20**. La première constatation est que ceux du pôle de Bagnolet constituent une exception, alors que ceux des autres pôles sont relativement comparables. La seconde est que,

comme il était logique de le supposer, ceux des conclusions négatives sans expertise, de l'ordre de trois mois, sont nettement plus courts que ceux des conclusions après expertise, de l'ordre de dix mois hors pôle de Bagnolet où elles sont de l'ordre de 15 mois. Si les expertises sont rendues en moyenne en environ quatre mois et demi, donc avec un certain dépassement des délais impartis, elles sont loin de rendre compte de l'essentiel du délai des conclusions (*cf. supra* I.2.4.4).

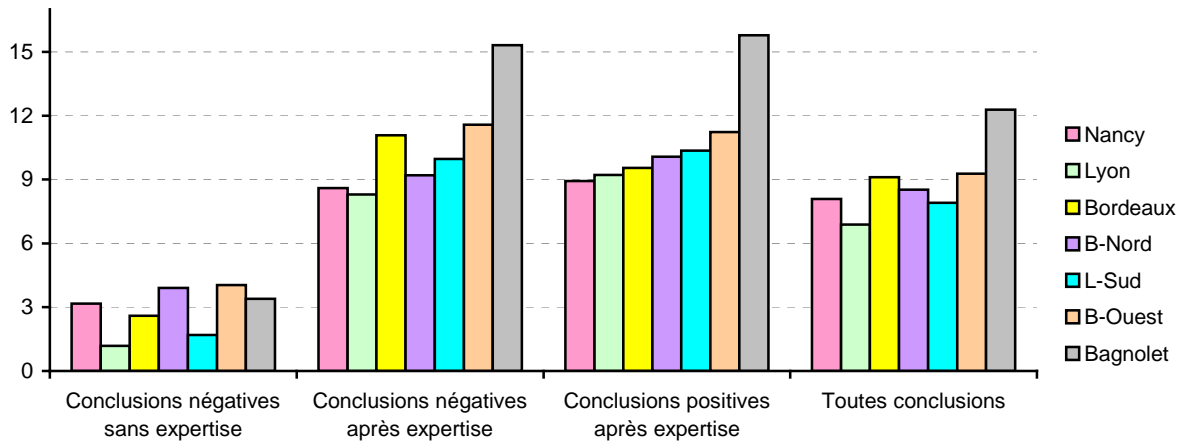


Figure 20. Délais (mois) des différents types de conclusion selon les pôles interrégionaux

Pour évaluer les délais des différentes étapes séparant la constitution d'un dossier complet de la commission concluant le dossier après expertise, la base de données partagée par les CRCI et l'ONIAM a été interrogée, les valeurs fournies ne différant pas sensiblement de celles fournies par les CRCI dans les domaines permettant de tels recoupements sur la période 2006-2007, contrairement aux années précédentes. La *figure 21* illustre les résultats obtenus.

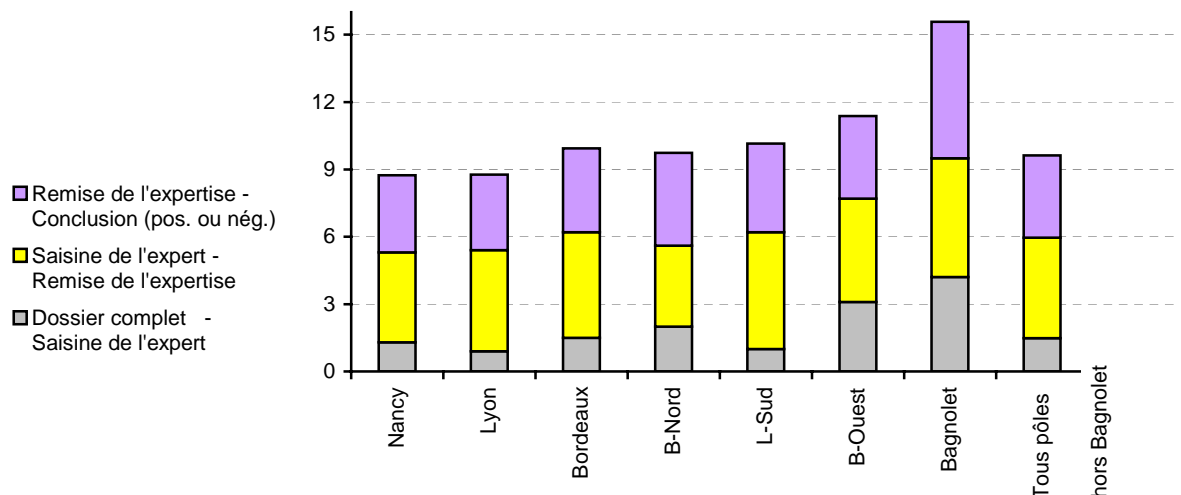


Figure 21. Délais (mois) des différentes étapes des dossiers soumis à expertise selon les pôles interrégionaux d'après la base de données sur la période 2006-2007

Il apparaît que ce sont les délais avant l'envoi de la mission de l'expert et après la réception de l'expertise qui sont plus longs au niveau du pôle de Bagnolet : de ce fait, le délai lié à l'expertise est à son niveau de l'ordre du tiers (34 %) du délai total des conclusions après expertise, alors qu'il est en moyenne de l'ordre de la moitié (47 %) pour l'ensemble des autres pôles.

Afin de rechercher si ces délais particulièrement longs provenaient d'un petit nombre de dossiers singuliers, les valeurs individuelles des délais des conclusions rendues après expertise par la CRCI d'Île-de-France sur la période considérée 2006-2007, qu'elles soient positives ou négatives, ont été recherchées dans la base de données, classées et représentées dans la figure 22. Il apparaît que c'est au contraire la très grande majorité des dossiers dont le délai de conclusion se situe autour d'une quinzaine de mois (moyenne et écart-type : 16 ± 4). L'analyse des résumés des dossiers dont les délais dépassent 2 écarts-types (24 mois) montre qu'il s'agit d'affaires particulièrement complexes, ayant nécessité plusieurs expertises avec des collèges comprenant souvent trois experts. A titre de comparaison, les délais observés pour l'ensemble du pôle de Lyon, regroupant trois CRCI, ont été analysés : ils comportent également des dossiers complexes avec des délais prolongés, mais objectivement un traitement plus court d'une grande masse de dossiers, conduisant à une moyenne de 10 ± 7 mois.

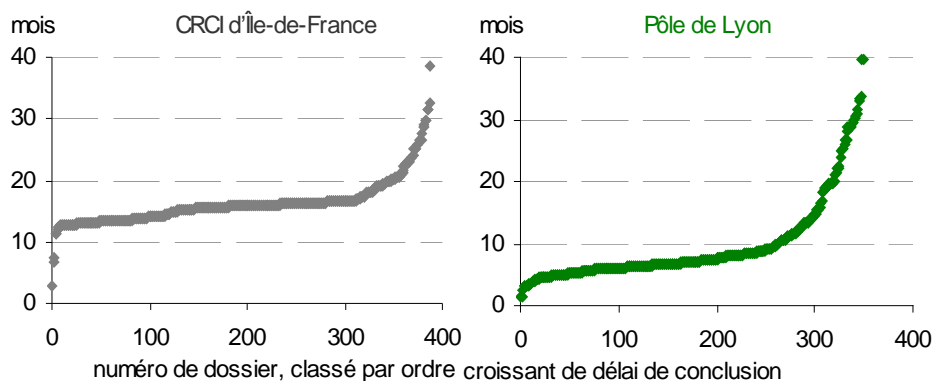


Figure 22. Distribution des délais de conclusion après expertise de la CRCI d'Île-de-France (à gauche) et du pôle de Lyon (à droite), d'après la base de données sur la période 2006-2007

Il n'est malheureusement pas possible de comparer de façon totalement rigoureuse ces délais avec ceux des années précédentes. Pour ce qui concerne les données fournies par l'outil informatique que partagent l'ONIAM et les CRCI, le précédent rapport de la CNAM indiquait (II.1.1 p 28) : « *Les dossiers passant plusieurs fois devant les CRCI, chacun de ces passages pouvait donner lieu à une conclusion (par exemple : demande de complément d'expertise, puis avis positif). Comme le classement de ces conclusions n'établissait pas de distinction selon leur caractère final ou non, le calcul automatisé du nombre des avis (au sens de la loi) était erroné, tout comme celui des délais entre la saisine (avec dossier complet) et l'avis (au sens de la loi).* »

Un important travail de clarification a donc été mené en concertation avec la CNAM, les représentants des CRCI et le service informatique de l'ONIAM (cf. deuxième partie du présent rapport), cependant que la fiabilisation de la saisie des données se poursuivait, ce qui a permis de fournir les données précédemment indiquées (cf. figure 21 notamment). S'il n'est pas possible de valider les informations introduites dans la base de donnée avant cette évolution, il est en revanche possible d'utiliser celles fournies par les présidents de CRCI et traitées dans les précédents rapports de la CNAM.

Il convient cependant de tenir compte du fait que la qualification d'« avis » a pu faire l'objet d'interprétations différentes (cf. rapport CNAM 2005-2006 I.2.5 p 21). Ces réserves

étant faites, il apparaît cependant utile de visualiser les données les plus fiables disponibles, ce que réalise la figure 23 qui porte, pour la période du présent rapport, sur les « conclusions positives après expertise » et, pour les années précédentes, sur les « avis positifs ». Si, pour les raisons qui viennent d’être développées, une comparaison dans le temps manquerait d’une certaine rigueur, celle entre les pôles reste valide et fait apparaître que la situation particulière du pôle de Bagnolet existait dès l’an dernier.

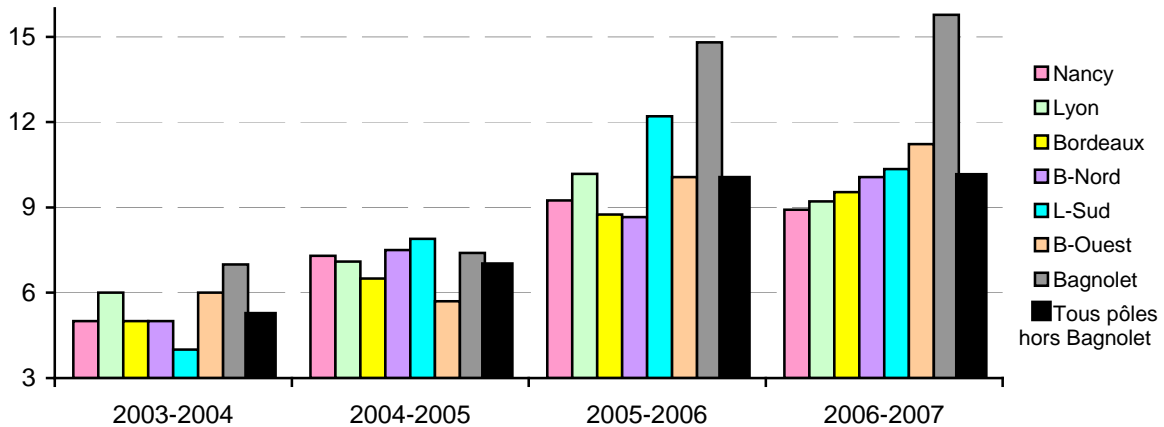


Figure 23. Délais (mois) des conclusions positives après expertise (*avis positifs*) selon les pôles dans les rapports de la CNAM

Ce fait est à rapprocher de celui, précédemment mentionné (*cf. supra* I.2.1), selon lequel la CRCI d’Île-de-France **reçoit environ cinq fois plus de demandes que les autres CRCI**. Elle s’est réunie **37 fois** dans l’année (*cf. supra* I.1), contre une moyenne de **7** pour les autres commissions, et a traité la même proportion de dossiers reçus (*cf. figure 6*). Par ailleurs, elle a largement résorbé le stock d’affaires restées en attente au début de son fonctionnement (*cf. supra* I.2.2). Toutefois, les analyses présentées (*cf. figures 21 et 22* notamment) montrent que cette surcharge relative entraîne des délais particulièrement longs. Des propositions seront développées dans la troisième partie de ce rapport, mais d’ores et déjà, il ressort de ces constatations qu’une seule commission ne suffit pas en Île-de-France. Les chiffres disponibles ne faisant pas apparaître de différence du nombre de demandes en fonction, par exemple, du taux d’urbanisation des régions, mais une relation étroite avec le nombre d’habitants (*cf. figure 2 et annexe n° 4*), la population mériterait d’être prise en compte. Il existe une CRCI pour en moyenne 2,4 millions d’habitants hors Île-de-France, contre 11,5 millions dans cette région, soit environ cinq fois plus. La population la plus grande après celle d’Île-de-France est celle de Rhône-Alpes : 6 millions, soit approximativement deux fois moins.

I.4 - Observations sur le fonctionnement du système

Dans leurs rapports remis à la CNAM, les présidents des CRCI, après avoir fourni les données chiffrées rendant compte de leur activité, font part de leurs observations sur le fonctionnement du système qu’ils ont en charge.

La synthèse de ces dernières permet de mettre en évidence plusieurs points importants relatifs aussi bien aux demandes (I.4.1), aux expertises (I.4.2), qu'aux avis rendus (I.4.3) et d'en tirer un certain nombre de conclusions permettant à la CNAM de faire des propositions (cf. troisième partie : III.1) afin de rendre encore plus efficaces les modalités d'indemnisation par voie amiable des personnes s'estimant victimes d'un accident médical.

I.4.1 - Les demandes

L'économie générale du dispositif d'indemnisation mis en place par la loi du 4 mars 2002 semble globalement de mieux en mieux compris, notamment, semble-t-il, en raison des informations préalables que leur donnent les secrétariats des CRCI ; ainsi peut-on observer que de moins en moins de personnes saisissent les CRCI pour des faits antérieurs au 5 septembre 2001. Toutefois, on peut constater que plusieurs difficultés importantes demeurent.

Tous les présidents déplorent que les **dossiers transmis par les victimes soient incomplets** – absence notamment du certificat médical, fréquence de pièces complémentaires à solliciter – dans une proportion qui demeure importante, puisqu'elle varie de 50% à 80% des dossiers selon les CRCI. Ils considèrent que cette insuffisance des dossiers a un double effet : en nécessitant un travail d'accompagnement des victimes, elle mobilise une partie non négligeable du temps de travail des agents qui répondent téléphoniquement aux demandes et elle contribue à allonger notablement les délais de leur instruction.

Ces insuffisances relevées par les présidents sont d'origines diverses : elles sont dues soit à **la mauvaise compréhension du dispositif par les victimes** sur différents points - désignation des professionnels à mettre en cause, notion de représentant légal et d'ayant droit - soit à **l'insuffisance des informations de nature médicale** fournies par le demandeur.

S'agissant tout d'abord de la **désignation des professionnels à mettre en cause**, on note à nouveau que certaines victimes ne souhaitent pas que tel ou tel médecin soit désigné dans la procédure, ce qui pose le problème de savoir s'il est loisible à la personne de décider qui, des différents intervenants dans la chaîne des soins, devrait ou non faire l'objet d'une demande d'indemnisation. Il peut y avoir également une identification incomplète des professionnels ou des établissements de santé à mettre en cause.

S'agissant des **notions de représentant légal et d'ayant droit**, les présidents relèvent unanimement de nombreuses confusions entre les différentes qualités à agir des demandeurs, certains faisant remarquer que les formulaires ne sont pas dénués d'ambiguïté. En effet, dans le dossier de demande d'indemnisation, on constate que la page consacrée à l'état civil distingue l'état civil du « demandeur » en précisant « que vous soyez victime, ayant droit ou représentant légal » de l'état civil de « la victime principale si le demandeur est l'ayant droit ou le représentant légal ». Cette formulation prête à confusion de plusieurs points de vue :

1° elle induit une distinction qui n'a pas lieu d'être entre victime et demandeur, alors que seule une personne s'estimant victime a la qualité de demandeur ;

2° elle induit l'idée qu'il y aurait deux catégories de victimes, les principales et les secondaires (mais celles-ci ne sont pas nommées dans le document) sans préciser ce qui les distinguerait ;

3° elle induit une distinction infondée entre victime et représentant légal, seule la personne victime représentée ayant la qualité de demandeur. La formulation retenue – il faut que soit

renseigné l'état civil de la « victime principale si le demandeur est ... le représentant légal » donne à penser que ce dernier agit de manière autonome, alors qu'il vient en représentation de la victime ;

4° enfin l'absence de précisions sur la notion d'ayant droit ne permet pas à une personne néophyte de comprendre ce qu'elle recouvre exactement et ce, d'autant plus que l'incertitude règne sur le point de savoir quelles situations juridiques recouvre cette notion.

D'une manière générale, les présidents constatent que les confusions entre les différentes qualités pour agir sont fréquentes, confusions qui ne permettent pas d'être levées par le formulaire de demande d'indemnisation en l'état actuel de sa rédaction. Ainsi, relèvent-ils qu'il n'est pas rare qu'un membre de la famille renseigne le formulaire en qualité de représentant légal pour le compte d'une personne âgée, handicapée etc., alors qu'il est dépourvu de cette qualité juridique ; mais ils disent opérer les régularisations nécessaires *a posteriori*. Ils estiment en général que la souplesse et le pragmatisme sont de rigueur dans un dispositif où le demandeur est souvent dépourvu de conseil.

En outre, ils évoquent un certain nombre de difficultés au sujet de la notion **d'ayant droit**, notamment parce qu'il existe en la matière deux catégories de règles juridiques – dans le code civil et dans le code de la sécurité sociale – et parce que cette notion semble parfois confondue avec celle de victime par ricochet.

S'agissant de **l'insuffisance des informations de nature médicale** fournies par le demandeur, les présidents disent rencontrer toujours les mêmes problèmes qui concernent les **éléments** aussi bien **médicaux que non médicaux**. **Les premiers** qui portent sur les préjudices fonctionnels liés à l'acte de soins, de prévention ou de diagnostic désigné comme litigieux sont souvent mal renseignés ; ainsi le certificat médical produit à l'appui de la demande est souvent peu exploitable ; il est trop succinct ou imprécis, sachant que les médecins semblent réticents à fournir des informations au demandeur, vraisemblablement pour plusieurs raisons qui se cumulent : ne pas prendre parti dans une affaire qui concerne un de leurs confrères, ne pas décevoir leur patient quand le seuil de gravité n'est pas atteint, ne pas être en mesure d'évaluer le taux d'incapacité. **Les seconds** qui permettent notamment d'établir les différentes périodes d'incapacité temporaire de travail résultant de l'acte de soins désigné comme litigieux ou d'apprécier les troubles dans les conditions d'existence ne sont pas suffisamment étayés sur des justificatifs précis.

I.4.2 - Les expertises

Elles constituent un des éléments clés du dispositif d'indemnisation, car elles sont la source essentielle d'information permettant aux commissions de rendre un avis pertinent ; aussi, tous les présidents lui reconnaissent-ils un rôle central qui se traduit par des observations généralement fouillées sur l'ensemble des questions soulevées par leur réalisation. Ces dernières, qui sont de nature variée, concernent plus particulièrement les difficultés relatives au recrutement des experts, à l'exécution de la mission par les experts, à la collégialité, au respect des délais, à l'inégalité de qualité des rapports d'expertise, à la rémunération des experts.

I.4.2.1 - Les difficultés de recrutement des experts

Elles sont dues soit au domaine de compétence, soit au fait que les bons experts sont particulièrement sollicités. Selon les CRCI, les présidents observent que les expertises nécessitant de recourir à **certaines spécialités** sont difficiles à faire réaliser en raison du faible nombre de praticiens experts dans ces domaines : la neurochirurgie, la cancérologie, l'orthopédie, l'obstétrique, l'infectiologie.

En outre, certains experts sont d'autant plus fréquemment sollicités qu'ils ont été **identifiés comme particulièrement compétents**, sachant par ailleurs qu'ils ne sont pas seulement désignés par les CRCI mais également par les tribunaux ; il n'est donc pas rare que les présidents soient confrontés à des refus de la part d'experts en raison d'une surcharge de travail qui ne leur permet pas de respecter les délais impartis pour rendre leur rapport.

On pourrait s'étonner de ces difficultés de recrutement, compte tenu de l'existence de la liste d'experts en accidents médicaux élaborée par la CNAM et qui devrait constituer un nouveau vivier. Mais, outre le fait que ces derniers ont pour la plupart la qualité d'expert judiciaire, ce qui a pour conséquence que les CRCI n'en ont pas l'exclusivité, la liste actuelle n'est pas encore suffisante pour assurer un recrutement efficace tant au regard des spécialités que de la localisation géographique.

Toutefois, les présidents disent recourir de plus en plus fréquemment, voire de manière systématique, aux experts en accidents médicaux. Cette évolution devrait conduire à terme les CRCI à s'appuyer sur ces experts qui leur sont dévolus et qui en deviendront les collaborateurs privilégiés. Toutefois, au terme de l'écoulement des quatre années suivant la parution du décret 2004-1405 du 23 décembre 2004, seuls les experts près les tribunaux pourront être inscrits sur cette liste, ce qui risque de restreindre cette possibilité.

Enfin, les présidents observent que, quand ils ont identifié de bons experts, ils ne manquent pas de leur confier de nouvelles expertises car ils savent pouvoir compter sur eux ; il existe donc un effet de fidélisation. De plus, on doit mettre au crédit des présidents d'avoir instauré une pratique dont l'efficacité doit être louée car elle évite une perte de temps inutile : avant de désigner des experts, ils s'assurent auprès d'eux qu'ils sont prêts à assumer cette mission.

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

Là encore, plusieurs points doivent être distingués : l'instruction des dossiers, le respect du principe du contradictoire.

S'agissant de **l'instruction des dossiers**, il n'est pas rare qu'en plus des documents fournis par le demandeur, les experts soient amenés à rechercher d'autres pièces, voire le dossier du patient, notamment lorsque celui-ci n'a pas pu l'obtenir. La loi leur en donne le pouvoir, puisqu'elle prévoit que, « dans le cadre de sa mission, le collège d'experts ou l'expert peut effectuer toute investigation et demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel, s'agissant de professionnels de santé ou de personnels d'établissement, de services de santé ou d'autres organismes ... » (art. L. 1142-12 CSP). Mais on constate que, comme pour les années passées, un certain nombre de dossiers médicaux des patients n'ont pu

être obtenus aussi bien par la personne elle-même sur le fondement de son droit d'accès, que par l'expert sur celui de ses pouvoirs d'instruction.

Les présidents sont d'autant plus attentifs au **respect du principe du contradictoire** qu'il n'est expressément prévu par la loi que dans le cadre de l'expertise. Son respect est examiné à plusieurs stades, celui de la communication des pièces au moment de la tenue de l'expertise, celui des modalités de tenue de la réunion. La remise le jour même de documents qui, par hypothèse, n'ont pu encore être examinés semble poser un problème, sans que pour autant une position claire sur ce point ait été adoptée, un des présidents déclarant que « chaque cas particulier trouve une solution au cas par cas ».

Pour ce qui concerne **la tenue même de l'expertise**, les présidents ne font plus état de critiques antérieures portant notamment sur l'omission de la réunion, sur certaines attitudes de médecins mal perçues par les victimes, notamment le tutoiement entre médecins ; demeure posée l'absence aussi bien de la victime, qui bien que convoquée ne se présente pas, que celle des mis en cause alors représentés par leur assureur, question résolue avec pragmatisme. La pratique consistant à faire sortir la victime après l'examen clinique et à rester entre professionnels semble être devenue rarissime ; lorsqu'elle est avérée, une autre expertise est diligentée.

Mais, au-delà du respect formel du principe du contradictoire, la question se pose d'assurer **l'égalité des armes entre les parties**. L'assistance des demandeurs est une question récurrente soulevée chaque année par les présidents. En effet, tous observent le déséquilibre entre le demandeur et les parties mises en cause, ces dernières étant généralement assistées par un médecin-conseil ou par un avocat. Certes, la procédure devant les CRCI ne requiert pas le ministère d'un avocat et ce sont souvent des proches qui sont aux côtés de la victime ; cette aide qui constitue un appui psychologique précieux ne saurait se substituer aux conseils de professionnels compétents, les présidents s'accordant sur le fait que le demandeur non assisté est démuné pour faire des observations pertinentes aussi bien en matière d'imputabilité que d'évaluation des dommages. Ils considèrent comme indispensable d'envisager un mode d'accompagnement du demandeur par des médecins conseil et des avocats.

Parmi les solutions envisageables pour apporter une aide efficace au demandeur de ce point de vue, deux sont mises en avant par certains présidents :

1°- faire jouer le bénéfice de l'assistance juridique prévue dans une majorité non négligeable de contrats d'assurance en responsabilité civile ; ainsi, un président de CRCI a-t-il inclus cette information dans le courrier type adressé au demandeur afin d'attirer l'attention de ce dernier sur cette possibilité ;

2°- envisager d'étendre aux assureurs la prise en charge des frais de conseils – pour un montant maximum de 700 euros – qu'assume dorénavant l'ONIAM pour les victimes indemnisées par ses soins. Cependant cette proposition, pour intéressante qu'elle soit, n'est pas susceptible d'assurer l'égalité des armes entre parties à l'affaire ; pour que tel soit le cas, il faudrait que la prise en charge de l'assistance de la victime soit systématique et ne dépende pas du succès ou non de sa demande.

I.4.2.3 - La collégialité de l'expertise

Cette règle de principe prévue par la loi, toujours aussi mal observée que par le passé, tend cependant à l'être un peu mieux – 39% en 2006 contre 27% en 2005 du total des expertises – pour l'ensemble des CRCI, mais avec des écarts très sensibles allant de 11% à 62%. Ces disparités sont source d'inégalités de traitement des affaires. Toutefois, le choix de ne recourir qu'à un expert unique et non à un collège d'experts s'explique par le souci de ne pas allonger le délai très court – généralement de 3 à 4 mois – imparti à l'expert pour rendre son rapport ; la collégialité, en multipliant le nombre d'intervenants, entraîne, de ce fait même, un risque accru de retard dans la remise du rapport.

Les présidents ne donnent aucune indication sur le point de savoir si lorsqu'un seul expert est choisi, il a bien la double compétence requise au regard tant de la spécialité mettant en jeu l'accident médical que de l'évaluation du dommage corporel.

Il doit en revanche être porté au crédit du bon fonctionnement du système le fait que rares sont les hypothèses où une contre-expertise est nécessaire. Il apparaît que les CRCI ont résisté à la facilité qui aurait consisté à y recourir chaque fois qu'un rapport d'expertise ne paraît pas satisfaisant ; d'une manière générale, les rapporteurs devant la CRCI étudient le dossier dans des délais suffisants pour leur permettre, si nécessaire, de poser aux experts les questions complémentaires qui leur paraissent devoir être posées avant le passage en commission.

I.4.2.4 - Le respect des délais

Sur ce point, les appréciations divergent, certains présidents estimant que les délais impartis aux experts sont globalement respectés par ces derniers, d'autres au contraire disant que les délais sont systématiquement dépassés dans des proportions non négligeables (de 2 à 3 mois, voire plus). Cette divergence d'appréciation entre pôles interrégionaux ne correspond pas aux résultats objectifs tirés de l'analyse des informations qu'ils ont eux-mêmes transmises à la CNAM et sur la base desquels celle-ci établit son rapport annuel.

I.4.2.5 - L'inégalité de qualité des rapports

D'une manière générale, les présidents sont globalement satisfaits des rapports qui leur sont remis, estimant que c'est la qualité qui prévaut de manière majoritaire. Quand ils constatent des défaillances, ils veillent pour le futur à cesser de faire appel aux experts identifiés comme ayant rendu des rapports insuffisants.

Plusieurs types d'insuffisances sont relevés par les présidents :

- dans certains cas, l'absence de rédaction d'un rapport unique, lorsque plusieurs experts sont désignés, oblige la commission à faire la synthèse des conclusions autonomes de chaque expert ;
- des rapports de qualité inégale, satisfaisants du point de vue de l'analyse des questions de fond car l'expert a une bonne maîtrise de son domaine de compétence, sont insuffisants quant à l'évaluation du dommage lui-même ;
- dans l'évaluation du dommage corporel, certains experts omettent encore pour établir la période d'incapacité temporaire de travail de défalquer la période correspondant à

la durée de convalescence habituelle ou, pour l'IPP, certains ont des difficultés à attribuer la part du dommage qui revient à l'état antérieur et celle qui revient à la faute ou à l'aléa ;

- on relève encore une mauvaise compréhension de la distinction faute/aléa : certains experts se consacrent surtout à l'analyse de la faute et, une fois celle-ci écartée, ne donnent pas à la commission suffisamment d'éléments pour lui permettre d'apprécier l'existence ou non d'un aléa, notamment sur le lien entre le dommage et l'état de santé ou son évolution prévisible ;
- enfin, des propositions de qualification juridique relatives à la faute comme à l'aléa thérapeutique : non seulement elles excèdent les pouvoirs des experts, mais peuvent contribuer également à décrédibiliser l'avis ensuite émis par la commission – aux yeux des victimes, mais également des assureurs qui peuvent tirer argument de cette discordance pour refuser une offre d'indemnisation – lorsqu'il ne suit pas les conclusions de l'expert.

I.4.2.6 - La rémunération des experts

Sur cette question les remarques des présidents convergent. Après avoir observé que, depuis que le montant de la rémunération pour chaque expertise a été porté à 700 euros, les réticences des experts se sont faites discrètes, ils estiment que la difficulté principale est due au caractère forfaitaire du tarif. En effet, si pour certains dossiers il leur paraît excessif, pour d'autres qui ont nécessité une quantité de travail particulièrement importante, il leur paraît insuffisant. Ils notent que l'ONIAM accepte certes le principe de compléments de rémunération justifiés par la complexité médicale du dossier, son importance (nombreuses interventions dans différents établissements hospitaliers) ou la nécessité d'un déplacement lorsque le demandeur est dans l'impossibilité physique de se déplacer lui-même, mais ils relèvent parallèlement que, cette année, l'ONIAM semble avoir été plus réticent que par le passé à accepter la prise en charge de tels dépassements.

Leur crainte est que des experts particulièrement compétents refusent d'accepter de nouvelles missions, faute de prise en considération par l'ONIAM du supplément de travail fourni alors qu'il est justifié.

Certains souhaiteraient l'abandon du système actuel de tarif forfaitaire afin de pouvoir moduler le montant de la rémunération en fonction de l'importance ainsi que de la qualité du travail fourni.

I.4.3 - Les avis rendus

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

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

Les présidents ne manquent pas de développer ce point central du système d'indemnisation puisqu'il conditionne la recevabilité de la demande de la personne s'estimant victime d'un accident médical. Quatre critères permettant cette appréciation sont utilisés conformément à l'article D. 1142-1 CSP :

1°- l'incapacité permanente partielle égale ou supérieure à 24% : elle est évaluée par les experts à partir d'un barème considéré globalement comme fiable, avec cependant quelques problèmes liés notamment aux fourchettes du barème lui-même dont la branche inférieure est en dessous du seuil, mais la branche supérieure au-dessus ; est également relevée la question de la perte d'un œil considérée comme entraînant une IPP de 25% lorsque l'autre œil est « normal », occasionnant, disent les présidents, des débats récurrents ;

2°- l'incapacité temporaire de travail : on sait que, dès l'origine, cette référence, a fait l'objet d'interprétations différentes selon les CRCI, certaines la considérant comme une incapacité personnelle, d'autres la considérant comme une notion à caractère professionnel. En définitive, c'est l'interprétation restrictive qui a prévalu, son application étant limitée aux seules personnes qui ont une activité professionnelle, qu'elles soient ou non salariées ; celle-ci exclut les personnes à la retraite, les chômeurs, les enfants, les femmes au foyer...

Cependant, début février 2007, le ministre de la santé, Monsieur Xavier Bertrand, a annoncé un changement de position quant à la définition de cette notion : il a proposé qu'elle soit comprise de manière large comme une incapacité fonctionnelle et de ne plus la lier à une situation de travail, sans pour autant que les textes en vigueur soient modifiés. Si tel était le cas, sa portée serait vraisemblablement ténue : elle n'aurait pas pour conséquence d'augmenter le nombre total des demandes recevables, mais seulement de modifier, au sein de l'ensemble des demandes reçues, la répartition entre les différents critères ayant servi à déclarer la demande recevable ; en effet, les CRCI recourent actuellement aux deux autres catégories de critères (évoqués *infra*) pour se prononcer sur la recevabilité de la demande de personnes n'ayant pas d'activité professionnelle ;

3°- l'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou non consécutifs sur une période de douze mois : aux dires des présidents, ce critère est utilisé de manière résiduelle mais retenu chaque fois que l'accident a entraîné une cessation d'activité professionnelle du demandeur ;

4°- les troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence : il est présenté comme le critère laissant la plus grande marge d'appréciation aux CRCI et celui qui, à la différence du précédent, est le plus fréquemment utilisé, tout en faisant l'objet d'importants débats au sein des CRCI. Outre leur caractère de gravité, pour être reconnus, ils doivent être liés aux soins et entraîner des répercussions physiques – nécessité de réinterventions nombreuses, traitement lourd durant plusieurs années – matérielles – éloignement du domicile, changement de cadre de vie, aménagements nécessaires du domicile – ou psychologiques, telles que dépression réactionnelle (par exemple à la suite de la perte d'un enfant avant la naissance, à la suite d'une incontinence anale...), désocialisation, etc..

Quel que soit le critère retenu pour évaluer l'importance du dommage et se prononcer sur la recevabilité de la demande, les présidents ne manquent pas de rappeler que la décision de recevabilité n'implique pas que la commission, au vu du rapport d'expertise, retiendra *in fine* la même appréciation. Faute de pouvoir lever tout doute *a priori* sur le caractère de gravité du dommage, ils privilégient une conception large de la recevabilité pour ne pas priver la victime du bénéfice d'une expertise ; ce choix assumé a pour contrepartie de prendre le risque d'un rejet de la demande après expertise au fond parce qu'en définitive le dommage subi ne présente pas le caractère de gravité défini par la loi.

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

Les présidents relèvent que l'existence d'un **nouveau droit à indemnisation** fondé sur ce qu'il est convenu d'appeler « l'aléa thérapeutique » a entraîné un recentrage sur ce qu'un président appelle « l'essence de la faute ». Ainsi, sont-ils plusieurs à noter que les perforations sous cœlioscopie, qualifiées dans un premier temps de fautives sont désormais retenues au titre de « l'aléa thérapeutique ». Un autre effet de ce nouveau droit est le partage entre faute et aléa quand plusieurs actes se sont succédé dans le temps et que, notamment, un retard de diagnostic ou une mauvaise prise en charge médicale a aggravé l'état du patient après la survenue d'une complication regardée comme un aléa.

Mais encore faut-il que toutes les conditions pour l'indemnisation au titre de la solidarité nationale soient réunies ; et d'observer que l'appréciation de l'état antérieur du patient comme de son évolution prévisible pour se prononcer sur l'existence ou non pour ce dernier de conséquences anormales n'est pas toujours facile ; cette situation semble parfois aggravée par le fait que certaines expertises sont très insuffisantes en la matière, cette nouvelle catégorie d'indemnisation ne semblant pas toujours bien maîtrisée et, par conséquent, mal analysée, privant les commissions d'éléments précieux d'appréciation.

S'agissant des **infections nosocomiales**, il semble qu'un certain nombre de points fassent débat, notamment l'origine endogène ou exogène du germe ; cependant, plusieurs présidents rappellent, qu'à la différence d'arrêts rendus avant la loi du 4 mars 2002, cette dernière n'a pas introduit de distinction entre origine endogène ou exogène, la seule exonération prévue par les textes étant la cause étrangère à établir par l'établissement de santé. Ils font également état de discussions au sein de leurs commissions à propos de l'anormalité et de l'inévitabilité ou non du risque survenu, lorsque l'infection nosocomiale est susceptible d'être indemnisée au titre de la solidarité nationale ; dans ce cas, ils tiennent compte des états antérieurs rendant vulnérables aux infections, tels que, par exemple, ceux des personnes immunodéprimées, ou séjournant en service de réanimation depuis plusieurs semaines. Selon les commissions, leur prise en considération écarte l'indemnisation, le dommage étant considéré comme un effet de causes préalables et non de l'infection elle-même ou bien aboutit à une indemnisation partielle, l'état antérieur ayant eu certes une incidence sur la réalisation du dommage, mais sans être suffisant par rapport à d'autres causes pour exclure toute indemnisation.

I.4.3.3 - Les questions juridiques de nature procédurale

Quatre grands types de questions sont évoqués par les présidents : la qualité de mis en cause, l'existence de procédures parallèles et leur incidence sur le règlement amiable, le principe du contradictoire, enfin la qualité d'ayant droit.

En ce qui concerne **les parties mises en cause**, si la détermination de leur qualité doit être vérifiée, le nom d'un professionnel de santé ne suffisant pas à savoir de quelle catégorie il relève – libéral, salarié, hospitalier public – la question se pose aussi de savoir si leur détermination peut dépendre du choix éventuel du demandeur. Ce dernier, quand il remplit le formulaire, indique le nom des professionnels ou des établissements de santé qu'il estime susceptibles d'être mis en cause ; mais il n'est pas rare que l'instruction du dossier nécessite de mettre en cause d'autres parties que celles désignées initialement.

Les présidents qui évoquent ce point disent solliciter par écrit l'avis du demandeur et se heurter parfois à son refus de voir mis en cause un professionnel de santé, souvent son médecin traitant par lequel il continue d'être soigné et qu'il ne souhaite pas voir « inquiété ». Cependant, s'ils relèvent des retards générés par ces refus éventuels, ils ne disent pas s'ils acceptent ou non de n'examiner la demande de la victime qu'à l'encontre des seules personnes qu'elle vise ou s'ils l'étendent à celles qu'ils considèrent comme devant être mises en cause.

Constituant **une alternative au procès**, le **recours à la procédure de règlement amiable** laisse toute latitude au demandeur d'engager parallèlement un procès contre les mêmes professionnels ou établissements de santé visés dans la saisine de la commission. Dans l'hypothèse où ces deux voies sont suivies en même temps ou successivement, se pose la question de l'incidence de l'une sur l'autre. Tout d'abord, il n'est pas rare que le demandeur omette d'informer respectivement la juridiction et la commission, de la procédure amiable ou contentieuse simultanément en cours. Les présidents sont parfois conduits, lorsqu'ils l'estiment nécessaire, à informer le greffe de la juridiction.

Quelle que soit la procédure juridictionnelle en cause, en vue d'une indemnisation ou d'une sanction, il ne peut y avoir d'autorité de chose jugée qu'à l'égard d'autres décisions rendues par des juridictions. L'indépendance des deux modalités amiable et contentieuse a pour conséquence que l'une ne met pas en cause l'autre et réciproquement. Cependant, certains présidents ont été confrontés à deux types de situations :

1°- une expertise rendue dans un cadre contentieux, antérieure à l'examen de la demande par la commission et qui lui a été communiquée, est considérée comme un élément d'information intéressant, mais ne dispense pas de recourir à une nouvelle expertise, en raison des dispositions de l'article L. 1142-9 CSP ; la régularité formelle de la procédure amiable en dépend, puisque l'avis est rendu sur la base de l'expertise prévue à cet article, celle-ci devant être jointe à l'avis transmis soit à l'assureur soit à l'ONIAM ;

2°- une demande de réouverture du dossier examiné par la commission sur la base d'un rapport d'expertise contentieuse ultérieur dont les conclusions sont autres que celles de l'expertise amiable n'est pas acceptée ; la commission a pris son avis sur la base du rapport produit dans son cadre, une autre expertise réalisée dans un autre cadre et ultérieurement ne pouvant remettre en cause l'avis, et ce d'autant plus qu'il peut être contesté en justice par le

demandeur à l'occasion de l'action en indemnisation introduite devant la juridiction compétente.

Le **respect du principe du contradictoire** est une question à laquelle les présidents attachent le plus grand prix. Toutefois, ils observent que la nécessité de le respecter ne concerne que le déroulement de l'expertise ; aussi, au-delà de cette exigence, veillent-ils à l'assurer également à d'autres étapes de la procédure. Ainsi, dans certaines commissions, l'audition de chaque partie est-elle subordonnée à une demande écrite contradictoire et parvenue au secrétariat huit jours au moins avant la réunion de la commission, la même contrainte étant imposée pour le dépôt de notes écrites, mémoires ou lettres. Dans d'autres, compte tenu de la brièveté des délais disponibles, la communication se fait *in extremis*, par télécopie, quand elle est possible, mais il n'est pas rare que les pièces parviennent la veille de la réunion de la commission.

La qualité d'ayant droit et de victime par ricochet, question déjà évoquée par tous les présidents au titre de la mauvaise compréhension du dispositif par les victimes (cf. supra I- Les demandes) est à nouveau abordée dans le cadre des questions juridiques qu'ils se posent. Regrettant l'absence de définition légale de l'ayant droit et alors que la loi du 4 mars 2002 ne vise pas la victime par ricochet, ils veillent à adopter les conceptions les plus compréhensives. **Toutefois, il semble bien que les choix retenus ne soient pas identiques, notamment parce que certaines commissions considèrent l'ayant droit comme agissant selon les cas, à titre successoral ou à titre personnel** ; celles qui retiennent le droit d'action de l'ayant droit au sens de la sécurité sociale, le font généralement pour ne pas exclure les concubins, ce qui a pour conséquence de reconnaître un droit d'action à la victime indirecte.

I.4.3.4 - Le suivi des avis

Les présidents distinguent les avis faisant peser l'indemnisation sur les professionnels ou les établissements de santé assumée financièrement par les assureurs de ceux désignant l'ONIAM ; dans le premier cas, ce n'est que de manière ponctuelle que les commissions sont éventuellement informées des suites données à l'avis soit par les assureurs, soit parfois par les victimes tandis que l'ONIAM leur communique désormais systématiquement les suites données, en indiquant en outre la dépense globale avec la moyenne par dossier.

Au-delà de cette question, les présidents font part de la nécessité de bénéficier d'un outil de recherche des avis des commissions afin de pouvoir comparer les solutions retenues, ce qui implique leur recension systématique ; ils relèvent également l'utilité d'un accès public aux avis anonymisés de telle façon à rendre accessible les solutions adoptées.

DEUXIEME PARTIE :

LES TRAVAUX EN COURS

II.1 - Les travaux d'harmonisation du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux

Pour remplir sa mission d'évaluation de l'ensemble du dispositif dont elle rend compte dans son rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement, la CNAM s'appuie sur les rapports que lui adressent, en mai de chaque année, les présidents de CRCI. Ceux-ci sont établis à partir d'un « formulaire-type » qui avait été adopté en 2003 en concertation avec les trois acteurs du dispositif : les présidents des CRCI, l'ONIAM et la CNAM.

A l'occasion de la rédaction de son rapport pour l'année 2004-2005, mais encore plus de celle de son rapport pour l'année 2005-2006, il est apparu à la CNAM, en comparant les données fournies par les CRCI que **les différentes phases de la gestion d'une affaire et les solutions retenues n'étaient pas qualifiées de manière identique**. Cette situation avait pour conséquence d'entraîner une difficulté intrinsèque de comparaison des issues des demandes, aussi bien temporaires que définitives.

La CNAM, ayant pour mission de « ... veiller à une application homogène » des règles relatives à la réparation des conséquences des risques sanitaires par les commissions régionales, pour vérifier que tel est le cas, doit pouvoir s'appuyer sur des données appréciées identiquement par chaque CRCI. En outre, pour exercer son pouvoir d'harmonisation, elle doit être mise en mesure de vérifier comment sont qualifiées les différentes étapes de la procédure.

Dans l'objectif de mettre fin, autant que faire se peut, à ces diverses disparités, deux réunions de concertation avec les présidents de CRCI et l'ONIAM ont eu lieu à la demande de la CNAM. Elles ont permis de discuter les modalités de modifications éventuelles de l'outil statistique mis en place par l'ONIAM afin que la CNAM puisse disposer des données nécessaires à l'établissement de son rapport annuel et d'identifier avec les présidents de CRCI les éventuelles difficultés d'appréciation des étapes de traitement des demandes.

Sur la base des constatations ainsi faites, il a été convenu, en accord avec les présidents de CRCI et l'ONIAM, que des réunions de travail sous la responsabilité du Pr André Lienhart et du Pr Dominique Thouvenin, Vice-présidente de la CNAM, seraient organisées mensuellement avec des juristes et des secrétaires des pôles interrégionaux des CRCI et M.

Georges Dutreix, chef de projet informatique de l'ONIAM. Ces réunions (**annexe n° 10**) (au nombre de sept, tenues entre décembre 2006 et octobre 2007) ont permis, d'une part, d'apporter des modifications notables des données à enregistrer dans l'outil informatique que partagent les CRCI et l'ONIAM, d'autre part de réaliser deux documents de travail conformes à l'objectif que s'est donné la CNAM d'aboutir à des trames d'avis-type d'indemnisation d'accident médical : 1° une trame d'avis positif (hors hypothèse de consolidation ou d'aggravation) et 2° une trame d'avis positif post-consolidation.

Par ailleurs, les modalités de fonctionnement des CRCI ont été analysées par un groupe de travail de la CNAM associant Madame Isabelle Terrier-Mareuil et Monsieur Marc Morel.

II.1.1 - Les modifications apportées dans la saisie des données

On distinguera le travail de mise à plat préalable des pratiques des juristes des CRCI, des choix adoptés ; l'un comme l'autre sont le fruit d'un travail consensuel, toutes les options retenues l'ayant été sur la base de la description de leur pratique par chaque représentant des CRCI, des observations de Monsieur Georges Dutreix sur les catégories prévues par l'outil informatique ONIAM-CRCI, puis après discussion pour parvenir à des solutions acceptées par les trois parties prenantes.

II.1.1.1 - La mise à plat des pratiques

Il est apparu très rapidement qu'une des difficultés centrales auxquelles étaient confrontés les juristes des CRCI qui gèrent le traitement d'une demande tenait à ce que certaines de ses séquences – dont le nombre n'est pas négligeable – n'ont pas d'existence officielle, faute de constituer une étape procédurale nommée par les textes. Pourtant, d'une part, les renseignements correspondant sont enregistrés parce qu'ils sont des données précieuses pour la constitution du dossier et d'autre part, le travail important nécessité par ces différentes phases n'est pas pris en considération, alors pourtant qu'il conditionne la qualité de la teneur du dossier et qu'il fournit des informations utiles à la compréhension de la gestion des demandes par les CRCI. Enfin, cette situation entraîne des difficultés de désignation de ces séquences.

D'une manière générale, on a pu constater **qu'une des difficultés les plus importantes était due à la hauteur du dommage lié à l'accident médical**, condition de recevabilité de la demande fixée par la loi du 4 mars 2002. L'importance du dommage n'est pas une donnée qui tombe sous le sens et ce d'autant plus qu'il manque souvent les pièces nécessaires pour son évaluation ; aussi, les CRCI ont-elles dû créer un concept qui est celui de « **demande en attente de recevabilité** ».

Dans cette catégorie, il faut faire une distinction entre les dossiers incomplets et les dossiers complets. **Tant qu'un dossier est incomplet**, il est susceptible d'être examiné, mais faute d'éléments nécessaires, il reste en l'état. Cependant, cette situation ne peut perdurer indéfiniment ; on a pu constater que pour certains, un dossier était considéré comme complet, alors qu'il manquait des pièces, mais que cela signifiait que la décision avait été prise de le faire passer à l'étape suivante, c'est-à-dire en commission. En outre, la qualification de son issue était variable : pour les uns rejet, pour d'autres incompetence, voire irrecevabilité.

Si la demande est considérée comme ne remplissant pas les conditions pour être reçue, selon les CRCI, les juristes ont indiqué qu'il s'agissait d'une irrecevabilité ou d'une incompétence, la répartition au sein de ces deux catégories n'étant pas uniforme et, selon les CRCI, cette solution donnant lieu à un acte ou à une notification.

Lorsque le dossier est complet et qu'il soulève un problème de recevabilité, selon les CRCI, il est ou non présenté devant la commission ; quand il l'est, celle-ci se prononce sur le point de savoir si la demande est éligible pour une expertise au fond (art. L. 1142-9 CSP) ; lorsqu'elle estime que c'est le cas, le dossier est considéré *comme* recevable, pour que l'instruction du dossier puisse continuer : c'est une étape de traitement, mais cette position n'entraîne pas un acte de procédure. Pourtant, tous relèvent que cette appréciation est parfois difficile et nécessite un travail important de la commission, notamment quand existent des doutes. Tel est, par exemple, le cas d'une personne atteinte d'une paralysie entraînant une IPP de 20% qui exclut sa demande, mais qui, par ailleurs, est retraitée et subit des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. Certains sont aidés par un médecin-conseil attaché à la CRCI et qui réalise une analyse sur pièces.

Tous ont dit que les commissions retenaient des solutions relativement larges, afin de ne pas priver la personne s'estimant victime d'un accident médical du bénéfice de l'expertise dans la mesure où le droit de voir examinée sa demande dépend des conclusions de l'expertise.

Une étape essentielle est celle de **la désignation d'experts** au titre de l'article L. 1142-9 CSP. La loi prévoit qu'un collège d'experts doit être désigné, le recours à un expert unique ne pouvant être envisagé qu'à titre exceptionnel. Cependant la disparité des pratiques a pu être mise en évidence dès le premier rapport de la CNAM, celle-ci rappelant depuis lors, qu'elle est source d'inégalités de traitement entre les demandeurs. Ce sont les juristes qui, généralement, choisissent les experts, choix validé par le président lorsqu'il ne procède pas lui-même d'emblée à ce choix, et qui, selon les cas, considèrent qu'il est ou non nécessaire de recourir à un seul expert ou à un collège ; certains sont aidés dans leur choix par un médecin-conseil qui, en fonction du domaine de compétences, les oriente ; par ailleurs, il arrive que l'expert sollicité dans le champ de compétences concerné par l'accident estime qu'il n'est pas utile de lui adjoindre un autre médecin.

Une autre pratique a pu être identifiée, celle consistant à soumettre le rapport d'expertise au médecin-conseil qui donne son avis sur ce dernier. C'est une procédure interne dont il n'existe pas de trace ; l'avis ainsi émis n'est pas communiqué aux parties, le médecin-conseil n'est pas entendu par la commission, mais l'avis donné est soumis aux membres de la commission.

Les CRCI sont désormais confrontées à un nouveau problème, celui de la réutilisation ou non d'une expertise réalisée dans un autre cadre : *expertise amiable* de qualité, mais dont la particularité est sa dépendance vis-à-vis de l'assureur, *expertise produite dans un cadre juridictionnel*. Dans la mesure où chaque catégorie d'expertise est régie par les règles applicables au type de demande introduite par la victime et que l'article L. 1142-9 CSP prévoit qu'« avant d'émettre l'avis ... , la commission diligente une expertise dans les conditions prévues à l'article L. 1142-12 CSP », les CRCI s'interrogent sur le point de savoir,

lorsque la demande est recevable devant elles, si, en définitive, une expertise doit être à nouveau diligentée par leurs soins, alors qu'une expertise conduite dans un autre cadre leur paraît répondre valablement aux questions qui se posent.

Une fois le rapport d'expertise rendu, la commission adopte une solution ; soit la demande est rejetée, soit elle est acceptée. Des discussions fécondes ont eu lieu sur la manière de qualifier ces issues. En effet, **deux grandes catégories d'issues sont envisageables** : soit une fois la demande examinée de manière approfondie, il apparaît que, faute d'en réunir les conditions, elle est finalement irrecevable, soit la demande est recevable mais les conditions d'indemnisation sont ou non remplies.

Dans le premier cas, selon les CRCI la solution adoptée était soit un « avis d'incompétence », soit un « avis de rejet », soit une « décision d'irrecevabilité », soit une « déclaration d'incompétence ».

Dans le deuxième cas, deux hypothèses doivent être distinguées :

1°- la demande est recevable, mais en définitive les conditions de fond de l'indemnisation ne sont pas remplies : il n'y a pas de lien entre le dommage et l'accident médical, il n'existe ni faute, ni aléa et, là encore, les qualifications retenues pour désigner cette solution étaient variables, selon les cas « avis de rejet » ou « décision de rejet » ;

2°- la demande est recevable et les conditions pour l'indemnisation sont réunies : toutes ces issues étant qualifiées d'avis positifs, il apparaissait en revanche que les solutions adoptées méritaient d'être mieux renseignées tant du point de vue du régime d'indemnisation et de la part indemnisable que du partage entre les deux modalités existant, responsabilité et solidarité.

Enfin, le travail en commun a été l'occasion de bien distinguer les différentes catégories de conciliations et de mettre en évidence une nouvelle modalité de traitement des dossiers en augmentation constante : leur réouverture en raison, soit d'une consolidation désormais acquise, soit d'un fait nouveau, soit d'une aggravation, ces situations étant susceptibles de nécessiter une nouvelle expertise portant sur ces points et un nouveau passage en commission.

II.1.1.2 - Les solutions retenues d'un commun accord

Indépendamment de toutes les disparités de qualification des solutions adoptées par les CRCI explicitées *supra*, une des difficultés auxquelles s'était heurtée la CNAM pour produire des statistiques fiables provenait de ce que **les issues des demandes pouvaient recevoir la même dénomination quel que soit le stade de leur traitement** ; légitime en termes de gestion de dossier – une demande qui ne sera pas examinée faute de lien entre le dommage et l'acte médical en cause fait l'objet d'un rejet, mais sa portée juridique n'est pas la même que celle d'un rejet à la suite d'un examen au fond par la commission – mais source de confusions entre des rejets intervenant à des étapes de traitement différentes.

En outre, deux causes de confusion possible ont été identifiées : l'absence de qualification juridique de certaines étapes et des qualifications divergentes d'une même solution, soit du fait d'un défaut de dénomination, soit en raison d'appréciations divergentes.

Afin de les éviter pour l'avenir, **un accord a été établi pour recourir à une terminologie suffisamment descriptive** aux différents stades de traitement de la demande

pour être classées de manière identique, et sans pouvoir prêter à confusion avec un terme déjà utilisé avec un autre sens. C'est ainsi que les expressions de « conclusion négative » ou de « conclusion positive » ont été adoptées, associées au déroulement progressif de la procédure. Les solutions suivantes qui ont été retenues portent sur les dossiers reçus, les suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond, les conciliations.

II.1.1.2.1 - Les dossiers reçus

Trois points ont été distingués :

1°- **le nombre de dossiers reçus et leur répartition** entre les demandes au titre de l'indemnisation d'un accident médical – en distinguant par voie de règlement amiable et par voie de conciliation – et les demandes au titre d'un autre litige ; cette distinction était jusqu'alors omise, l'outil informatique n'ayant envisagé que le traitement de l'indemnisation des accidents médicaux ;

2°- **les dossiers clos sans expertise préalable** : ce sont les motifs de la conclusion négative à ce stade qui ont été revus et sur lesquels l'accord suivant a été retenu ; sont désormais distingués :

- le **constat d'abandon** ou **de désistement** : dans le premier cas, le demandeur ne se manifeste plus, malgré des relances, ou le courrier revient avec la mention « n'habite pas à l'adresse indiquée » ; dans le second, il fait part explicitement de son désistement
- l'**irrecevabilité** : pour défaut de production de pièces (dans des réponses aux relances, contrairement au premier cas précédent), pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic, pour défaut de qualité à agir
- l'**incompétence** : en raison d'une date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001, d'un seuil de gravité non atteint
- le **rejet sans expertise au fond** pour absence manifeste de lien de causalité avec l'acte en cause ;

3°- **les expertises au fond** : il s'agit moins de modifications que de précisions apportées dans un souci de meilleure information : nombre d'experts missionnés, nombre d'experts missionnés hors listes des experts en accidents médicaux, nombre d'expertises avec recours à un sapiteur, etc.

II.1.1.2.2 - Les suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond

La distinction jusque là retenue entre demandes rejetées (ou plus exactement les différentes appellations utilisées pour les désigner) et avis positifs a été abandonnée au profit de la distinction descriptive entre demandes ayant abouti à une conclusion négative (après expertise au fond) et demandes ayant abouti à une conclusion positive. Une précision a été apportée s'agissant des délais. En outre, un volet relatif aux dossiers réouverts sera ajouté.

1°- Les demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond : comme pour les expertises préalables, ce sont également leurs motifs qui ont fait l'objet d'une nouvelle classification ; sont désormais distingués :

- le **constat d'abandon et de désistement** : la définition de ces deux termes est celle retenue *supra* en l'absence d'expertise préalable
- l'**irrecevabilité** : pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic
- l'**incompétence** : en raison d'une date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001, d'un seuil de gravité non atteint
- le **rejet** après expertise au fond pour absence de lien de causalité avec l'acte en cause, pour accident médical non indemnisable (ni faute, ni aléa)

2°- Les demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond : les distinctions suivantes ont été retenues :

- le **critère de gravité pris en compte** : décès, taux d'IPP, ITT, conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle
- la **part indemnisable** en distinguant avis d'indemnisation totale et avis d'indemnisation partielle (en raison de l'état antérieur, d'une perte de chance, de l'association des deux)
- le **régime d'indemnisation** : responsabilité, solidarité et, pour ces deux fondements, en distinguant accident médical fautif ou non fautif, infection nosocomiale avec IPP \leq 25% ou IPP $>$ 25%, infection nosocomiale avant la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 ou infection nosocomiale au titre de l'article L. 1142-1 II, produit défectueux, recherche biomédicale, enfin partage entre les deux régimes d'indemnisation.

3°- Les délais

Afin d'éviter une confusion dans l'interprétation de délais correspondant à des procédures d'une durée nécessairement différente, en particulier selon qu'une expertise au fond a précédé la conclusion ou non, le délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la séance de la commission qui a abouti à une conclusion est renseigné, pour chacune des catégories de conclusions, ainsi que pour l'ensemble des conclusions.

4°- Les dossiers réouverts

Il est apparu nécessaire de prendre en considération ce cas de figure qui n'avait pas été envisagé au moment de la mise en place des CRCI. C'est avec la montée en charge du fonctionnement du système que ces questions sont apparues.

Les deux hypothèses les plus fréquentes concernent les demandes pour lesquelles un avis d'indemnisation a été émis ; le principe de l'indemnisation est acquis, quel que soit son fondement, mais

- soit l'état de la victime n'étant pas consolidé, il n'a pas été possible d'apprécier la totalité des préjudices subis par cette dernière ; dans ce cas, l'indemnisation n'a été

que provisionnelle et une fois cet état consolidé, le dossier est réouvert afin de fixer l'étendue des préjudices ;

- soit la victime a été indemnisée de son entier préjudice, mais son état s'étant aggravé, elle demande une nouvelle indemnisation du fait de cette aggravation.

En outre, une troisième catégorie de réouverture du dossier a été prise en compte : elle correspond aux cas de figure où soit un nouveau demandeur se présente (par exemple, après que la CRCI a rendu une décision d'irrecevabilité pour défaut de qualité à agir du demandeur, un nouveau demandeur la saisit pour le même accident), soit un nouveau mis en cause est identifié (par exemple, à l'issue de l'expertise, on se rend compte qu'un professionnel ou un établissement de santé est mis hors de cause, mais d'autres responsables éventuels ont été mis en évidence qu'il faut alors mettre en cause), soit enfin de nouveaux éléments sont produits après une issue négative (par exemple, le seuil du dommage n'étant pas atteint rendant irrecevable la demande, une décision d'incompétence avait été rendue, mais l'évolution de la situation personnelle de la victime a pour conséquence que le seuil est atteint).

Ces trois catégories ont été identifiées ainsi :

- **réouverture consolidation** : après avis positif d'indemnisation provisionnelle.

Trois solutions sont possibles :

- expertise au fond sur la consolidation
- avis d'indemnisation sur la consolidation
- constat d'absence de consolidation ou réévaluation de l'indemnisation prévisionnelle
- **réouverture aggravation** : après avis positif après consolidation, après indemnisation définitive.

Trois types de renseignements ont été pris en considération :

- expertise au fond pour aggravation
- soit issue positive : indemnisation (personne dont l'état est consolidé, personne dont l'état n'est pas consolidé)
- soit issue négative : pas d'indemnisation
- **réouverture autre** :
 - nouveau demandeur : avis étendu à un nouveau demandeur ou irrecevabilité pour défaut de qualité à agir
 - nouveau mis en cause : expertise au fond (après issue négative)
 - nouveaux éléments après issue négative : pièces produites après irrecevabilité pour défaut de pièces de nature médicale, réexamen de la compétence.

II.1.1.2.3 - Les conciliations

Selon l'article L. 1142-5 CSP, la CRCI peut être saisie soit des « *litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales* », soit « *des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé* mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2 ».

La CRCI comporte deux formations, l'une de conciliation, l'autre de règlement amiable. Si l'on s'en tient à la loi, la formation de conciliation, dont la saisine n'est visée que dans le cadre juridique relatif à la participation des usagers au fonctionnement du système de santé, examine les litiges relatifs aux droits subjectifs tandis que la formation de règlement amiable traite les litiges relatifs à l'indemnisation des accidents médicaux.

Cependant, le texte réglementaire d'application prévoit que, lorsque la formation de règlement amiable, initialement saisie, a déclaré la demande irrecevable (sous la forme d'une « déclaration d'incompétence »), *le demandeur* a « la possibilité de saisir la commission en vue d'une conciliation » ; aussi l'outil informatique ONIAM-CRCI se proposant de rendre compte des modalités de gestion des demandes d'indemnisation n'avait initialement pris en compte que cette seule hypothèse.

Pourtant, si les demandes concernent avant tout la réparation d'un accident médical dont un patient s'estime victime, un certain nombre de demandes portent sur le non-respect de droits subjectifs, tels que l'accès au dossier médical quand les personnes ne parviennent pas à obtenir les pièces dont elles ont besoin.

Il a donc été convenu que, désormais, outre l'**issue** des conciliations, serait pris en considération leur **objet**, en distinguant l'indemnisation d'un accident médical des litiges relatifs aux droits subjectifs. Cette indication est indispensable pour vérifier si oui ou non la CRCI est saisie d'autres demandes que la seule indemnisation des accidents médicaux.

II.1.2 - La proposition d'un projet d'avis-type d'indemnisation d'accident médical

Grâce à une analyse de cent avis anonymisés rendus par les différentes CRCI, la CNAM a pu mettre en évidence des disparités non négligeables dans la manière de traiter les demandes dont elles sont saisies ; celles-ci concernent aussi bien les catégories de solutions adoptées par les CRCI que la manière de rédiger les avis. Après les avoir décrites dans son rapport pour l'année 2005-2006 (pages 30 à 33), elle s'est donné comme objectif de travail de réduire ces disparités, source d'inégalité de traitement des demandes d'indemnisation d'accidents médicaux.

Pour ce faire, le groupe de travail constitué sous l'égide du Pr Dominique Thouvenin, et composé du Dr Hélène Hugues-Béjui, du Pr André Lienhart, du Dr Patrick Peton et de Mme Philippine Petranker a procédé à cette analyse et a, en outre, proposé un projet d'avis-type (daté du 6 novembre 2006 et adopté par la CNAM) pour le cas où les conditions de l'indemnisation de l'accident médical sont réunies. En effet, dans un souci d'efficacité, la CNAM a considéré que, pour aboutir dans les meilleurs délais à un accord avec les présidents de CRCI, il était préférable de se donner comme priorité pour l'année 2007 cette catégorie d'issue de la demande. L'harmonisation de la rédaction des avis est indispensable pour garantir à toutes les victimes que les mêmes éléments sont pris en considération et sont suffisamment étayés pour leur servir de base à la transaction avec l'assureur ou l'ONIAM.

Ce projet d'avis a été soumis aux présidents et débattu dans une réunion organisée par la CNAM le 14 mai 2007 ; ceux-ci ont pu faire part de leurs critiques et de leurs suggestions. Au-delà de celles portant sur la rédaction même de l'avis, ils ont exprimé plusieurs souhaits,

notamment de pouvoir accéder aux avis que les CRCI ont émis afin d'être en mesure de comparer les traitements donnés à des affaires similaires.

Tenant compte de leurs remarques, le projet d'avis, dans sa version du 6 novembre 2006, a été repris point par point et a abouti à une version datée du 22 juin 2007 ; examinée par la CNAM dans sa séance du 11 septembre 2007, elle a été adressée aux présidents de CRCI pour recueillir leurs observations. A la suite de ces dernières, un document de travail intitulé « projet de trame d'avis positif » a été élaboré en intégrant leurs observations et suggestions (**annexe n° 11**).

En outre, tenant compte des situations qui sont loin d'être rares, où le principe de la réparation de l'accident médical est acquis, mais la réparation repoussée en raison de l'absence de consolidation de l'état de la victime, un projet de trame d'avis positif post-consolidation a également été créé (**annexe n° 12**). Examinés par la CNAM dans sa séance du 30 octobre 2007, cette dernière version du projet de trames d'avis sera soumise à nouveau aux présidents de CRCI pour d'éventuelles modifications et après les avoir prises en compte, ce modèle de trames d'avis positif (hors hypothèse de consolidation ou d'aggravation et une fois acquise la consolidation) adopté avec leur accord sera mis en œuvre pour toutes les CRCI.

Après avoir décrit la structure de la dernière version du projet de modèle de trames d'avis-type positif, il sera rendu compte des bénéfices attendus de cette nouvelle rédaction.

II.1.2.1 - La structure du projet de trames d'avis positif

Précédé d'un chapeau visant les textes applicables¹, ce projet de trame d'avis positif est composé de quatre parties :

- un **résumé de la procédure suivie** : le dépôt de la demande présentée à la commission, son objet, sa date (une fois complet), par qui et en quelle qualité (notamment celle de représentant légal de la personne s'estimant victime ou d'ayant droit de cette dernière, en précisant, le cas échéant, que la victime est assistée par un avocat) et contre qui (en indiquant le nom de son assureur) ; les pièces versées au dossier ; la désignation de tel ou tel comme expert, de la remise du rapport d'expertise en indiquant le ou les noms des experts qui l'ont rédigé, leur domaine de compétence, la mention éventuelle d'un sapiteur s'ils s'en sont adjoint un et la date de son dépôt ; en cas de complément d'expertise ou de nouvelle expertise, l'indication de la décision de la CRCI sur ce point, ainsi que la référence à ce rapport, en précisant le nom du ou des rédacteurs, leur domaine de compétence et la date de dépôt ; l'indication des membres siégeant, afin que les parties à la procédure de règlement amiable puissent avoir connaissance de l'identité des membres présents au moment de la délibération ;
- la référence au **rapport présenté devant la CRCI** et les observations faites par les parties ;
- les **différents éléments sur lesquels porte l'avis**, en précisant que le fait qu'ils figureront à l'avenir dans tout avis d'indemnisation n'aura pas pour conséquence de

¹ Avec un champ libre pour d'autres visés éventuels.

limiter la liberté de rédaction de l'analyse conduite pour chacun d'entre eux ; ils sont au nombre de six :

- la *compétence de la CRCI* (date du fait générateur, nature de l'acte – de prévention, de diagnostic, de soins – seuil de gravité : IPP, ITT, troubles dans les conditions d'existence) ;
 - les *circonstances de l'accident* ;
 - les *causes du dommage allégué avec le lien de causalité* entre l'acte (accident médical, infection nosocomiale, affection iatrogène) et le dommage ;
 - l'identification d'une *éventuelle part non indemnisable* (état antérieur, perte de chance) ;
 - le *régime d'indemnisation* : soit une faute de nature à engager la responsabilité de professionnels ou d'établissements de santé, soit un accident médical ouvrant droit à la réparation au titre de la solidarité nationale, soit un partage des deux ;
 - le *dommage* et les *préjudices* qui en sont la conséquence ;
- **l'avis lui-même** sous forme de conclusion de l'analyse précédemment menée : il indique à qui incombe la réparation des préjudices (assureur, ONIAM ou les deux), la consolidation ou l'absence de consolidation de l'état de la victime (en précisant que, dans ce cas, il sera procédé à une nouvelle expertise après nouvelle saisine de la commission et après production d'un certificat de consolidation), les préjudices qu'il convient d'indemniser, le délai de quatre mois pour présenter l'offre d'indemnisation et, si cette dernière incombe à l'assureur, le droit pour le demandeur de saisir l'ONIAM pour être indemnisé dans l'hypothèse où l'assureur n'a pas fait d'offre dans le délai ou refuse d'en faire une, enfin l'indication de la notification de l'avis aux parties, à l'assureur des personnes mises en cause, aux tiers payeurs, à l'ONIAM.

La structure du projet de trame d'avis positif post-consolidation suit celle de la trame d'un avis positif (hors hypothèse de consolidation ou d'aggravation et une fois acquise la consolidation) ; elle s'en distingue sur deux points : 1° elle fait état dans les visas de la demande initiale qui a abouti à l'avis d'indemnisation ; 2° elle fixe les préjudices dont souffre la victime, après avoir constaté que son état de santé est consolidé.

II.1.2.2 - Les bénéfices attendus d'un avis-type utilisé par toutes les CRCI

L'objectif prioritaire que s'est donné la CNAM est de parvenir à établir un avis-type constituant la trame de l'avis rendu par l'ensemble des CRCI de **façon à garantir l'égalité de traitement de toutes les victimes ayant fait une demande d'indemnisation** par la voie du règlement amiable.

Cependant, les échanges entre la CNAM, les représentants des CRCI, le chef de projet informatique à l'ONIAM ont été l'occasion de mettre en évidence que la réalisation de cet objectif n'était pas incompatible avec la prise en considération des besoins des acteurs qui gèrent le système de règlement amiable de l'indemnisation des accidents. Il est notamment apparu que les possibilités offertes par la numérisation de la rédaction des avis pouvait

contribuer à une meilleure connaissance des modalités d'indemnisation des accidents médicaux dans le cadre de ce système.

Il a donc été convenu de faire en sorte que la standardisation de l'avis soit l'occasion d'alléger la tâche des présidents de CRCI et des personnes qui les secondent. Il apparaît d'ores et déjà nécessaire que la rédaction automatisée de la première partie de l'avis puisse être réalisée grâce à l'outil informatique ONIAM-CRCI.

Cette numérisation et cette homogénéisation sont indispensables pour rendre accessible les différents avis dans une visée double :

- interne, pour les présidents pour leur permettre de se référer aux différents avis rendus afin de repérer comment tel type d'affaire a été traité et établir des comparaisons ;
- externe, aussi bien pour les victimes, les associations de malades et d'usagers du système de santé, les professionnels du droit ou de la santé, la doctrine juridique, afin de leur donner une connaissance exhaustive des avis rendus. Toutefois, l'accès externe n'est envisageable qu'autant que ceux-ci auront été préalablement anonymisés.

Et pour faciliter l'anonymisation des avis, il a été convenu que seule la seconde partie de l'avis (à partir de la « commission s'est prononcée sur ») serait rendue accessible, en n'indiquant qu'un seul identifiant de trois caractères (Madame VIC... ; clinique CL1... ; hôpital CHU... ; docteurs CH1..., CH2..., AR1... ; sans aucune indication géographique).

Dans la continuité des travaux menés depuis 2006, les futures réunions de travail auront pour but d'aborder les modalités pratiques à mettre en œuvre pour poursuivre l'amélioration de la fiabilité du système proposé.

II.1.3 - Les modalités de fonctionnement des CRCI

Les CRCI sont confrontées à des difficultés inhérentes à la complexité du système mis en place par la loi du 4 mars 2002.

Organes chargés d'une double mission de conciliation et d'indemnisation, les CRCI ne remplissent qu'imparfaitement la première dont les contours mal définis les conduisent à une superposition de fait avec les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), internes à chaque établissement.

La nature des solutions proposées par les CRCI constitue une autre source de difficultés :

- il s'agit d'un simple avis ne s'imposant ni à l'ONIAM ni à l'assureur ;
- la décision d'incompétence (en réalité, d'irrecevabilité) lorsque le seuil de gravité requis du dommage n'est pas atteint n'est pas susceptible de recours ;
- la victime contestant « au fond » le montant de l'indemnisation proposée (ou l'absence de toute proposition d'indemnisation) n'a d'autre choix que de renoncer à toute prétention ou de saisir le juge compétent dans le cadre d'une action contentieuse.

Dans ce contexte et eu égard à l'objectif poursuivi par la loi, l'écueil à éviter est de susciter chez les particuliers qui s'adressent à la CRCI un mécontentement ou une frustration supplémentaires. Il est indispensable que le demandeur qui est au cœur du dispositif soit correctement accueilli et orienté, que les différentes étapes d'examen de sa requête soient pour lui clairement explicitées, qu'enfin l'avis de la CRCI soit compris comme l'aboutissement d'une analyse rigoureuse et objective.

L'efficacité préconisée par le législateur au moyen notamment des très brefs délais imposés ne saurait être dissociée des autres principes qui doivent commander le fonctionnement des CRCI : la disponibilité et la transparence.

Si les conditions d'accueil (téléphonique, en particulier) des demandeurs qui s'adressent aux CRCI sont globalement très satisfaisantes, l'existence du dispositif lui-même dans son ensemble est encore insuffisamment connu du grand public ; les efforts à conduire à cet égard échappent aux CRCI et relèvent davantage d'une campagne d'information à l'échelon national.

L'information du demandeur sur les conditions légales et réglementaires d'admission de son dossier se prolonge bien au-delà du stade de l'accueil : une grande vigilance doit être apportée à la vérification de la compréhension, à chaque étape de la procédure et en particulier lors de l'audition des intéressés, des termes médicaux et juridiques utilisés par les différentes parties en présence. En cas de rejet de la demande pour insuffisance de gravité du dommage, il convient de faire savoir au requérant qu'il pourra déposer une nouvelle demande en cas d'aggravation de son état.

Les modalités de convocation et la fréquence des réunions varient selon les CRCI ; mais la diversité de ces pratiques, motivée par des différences notables dans la charge d'activité, n'appelle aucune observation critique. Le nombre de dossiers fixés ne doit pas faire obstacle à une audition complète du demandeur. La pratique de convocation en « commission restreinte » n'est pas prévue par les textes. Elle ne permet pas d'exclure la présence du demandeur en « commission plénière », faute de quoi le principe de la contradiction n'est pas respecté.

Dans le même esprit, il est vivement souhaitable que, dans l'hypothèse où un avis pré-rédigé a été préparé par le rapporteur, ce « pré-avis » soit transmis avant la réunion de la CRCI, à tous les membres, accompagné de l'ensemble des documents utiles permettant une franche et ouverte délibération. Celui qui dispose d'un rôle central dans l'instruction du dossier et la prise de décision peut choisir la méthode du « pré-avis » pour des raisons de gain de temps. Mais cette pratique ne doit en aucun cas porter atteinte à la liberté des débats et à l'élaboration d'une véritable décision collective.

II.2 - Les désignations d'experts pour des dossiers comparables

Dans le but de **vérifier si des affaires analogues étaient traitées de manière comparable**, l'ensemble de la base de données que les CRCI partagent avec l'ONIAM a été interrogée durant le mois d'août par le Pr André Lienhart. Il est en effet possible d'accéder au résumé de dossiers en croisant des mots contenus dans ces résumés. Ces résumés comportent les différentes étapes de la procédure, les experts désignés et des informations, variables, sur les faits, les conclusions et leurs motivations. Dans un premier temps, l'analyse réalisée par les professeurs André Lienhart, Fabrice Pierre et Dominique Thouvenin a porté sur les données les plus constantes, qui concernent la discipline des experts désignés, recherchée à partir de la liste de l'ONIAM ou de celle des tribunaux. Trois champs ont été explorés à cette fin : les infections nosocomiales sur prothèse de genou, les dystocies d'épaule et les décès en lien avec l'anesthésie.

II.2.1 - Les infections nosocomiales des prothèses de genou

Le croisement des mots : *prothèse, genou, nosocomial* a permis d'identifier 39 dossiers dont le résumé comportait ces trois termes. Il s'agissait d'une demande portant sur une infection nosocomiale – avérée ou suspectée – après chirurgie orthopédique pour 36 d'entre eux, spécifiquement une arthroplastie de genou pour 33. Dans trois cas, il s'agissait d'un mauvais résultat fonctionnel, sans allégation d'infection nosocomiale. Ces trois cas ont donné lieu à une expertise, jamais collégiale, et toujours par un chirurgien orthopédiste.

La désignation d'experts est schématisée dans le tableau ci-dessous.

spécialiste	1 ^e expertise			2 ^e ou 3 ^e expertise	autre
	seul	collège avec orthopédiste	collège sans orthopédiste		
orthopédie	8	17		8	
malad. infect.	1	8	3	8	
anesth., réanim.		4	1		1
chir. générale		1	2	1	
méd. légale	2		1		
méd. générale			1	1	
neuro/rhumato		2			
biol., pharma.		2			
urologue					1

Pour les 36 suspicions d'infection nosocomiale post-opératoire, seuls 3 cas n'ont pas fait l'objet d'une désignation d'expert, en raison d'une conclusion négative dès ce stade. Dans un cas, la date de l'acte était antérieure à celle de l'application de la loi. Dans les deux autres, le caractère elliptique du résumé n'a pas permis de comprendre le motif ayant entraîné d'entrée de jeu la clôture du dossier ; vraisemblablement, les critères de gravité n'étaient pas remplis de manière manifeste.

Parmi les 33 désignations d'expert pour une première expertise, 22 étaient collégiales, 11 ne l'étaient pas ; pour 25 d'entre elles un chirurgien orthopédiste avait été nommé : 17 fois en collège, seul 8 fois. Les trois experts uniques non chirurgien orthopédiste étaient deux spécialistes de médecine légale (Bagnolet-Nord et Lyon) et un de maladies infectieuses (Nancy).

Parmi les 17 collèges ayant fait appel à un chirurgien orthopédiste, le co-expert était 8 fois un spécialiste des maladies infectieuses, 4 fois un anesthésiste-réanimateur (Nancy), 1 fois un rhumatologue (Nancy), un biologiste (Nancy), un pharmacien (Bordeaux), un spécialiste de chirurgie digestive et générale (Lyon), un neurologue (Bagnolet-Nord).

Parmi les 4 expertises collégiales où un chirurgien orthopédiste n'avait pas été désigné, 2 associaient un spécialiste de chirurgie digestive / générale et un des maladies infectieuses (Bagnolet-Nord), 1 un spécialiste de médecine légale et un des maladies infectieuses (Bordeaux), 1 un médecin généraliste et un réanimateur (Bagnolet).

Une autre expertise a été jugée nécessaire dans 8 dossiers, pour lesquels la précédente expertise avait toujours fait appel à un chirurgien orthopédiste. La deuxième expertise a toujours été collégiale et comprenait un chirurgien orthopédiste, sauf dans un cas où il s'agissait d'un spécialiste de chirurgie digestive et générale (Bagnolet-Nord). Le co-expert était un spécialiste des maladies infectieuses, sauf dans un cas où il s'agissait d'un médecin généraliste (Nancy). Dans un cas particulier, le collège comportait quatre spécialistes (anesthésiste-réanimateur et urologue en raison d'une autre intervention également mise en cause).

Dans un cas, une troisième expertise a été demandée (chirurgien orthopédiste et spécialiste des maladies infectieuses).

Au total, ce sont donc 42 expertises à propos desquelles la répartition des disciplines médicales sollicitées a pu être analysée :

33 ont fait appel à un chirurgien orthopédiste (79 %), 20 à un spécialiste des maladies infectieuses (48 %), 6 à un anesthésiste-réanimateur ou réanimateur (14 %), 4 à un spécialiste de chirurgie digestive et générale (10 %), 3 à un spécialiste de médecine légale (7 %), 2 à un médecin généraliste (5 %) ; d'autres disciplines n'ont été sollicitées qu'une seule fois.

Par ailleurs, sur les 33 dossiers avec demande d'expertise, 15 (46 %) provenaient du pôle de Nancy, 5 (15 %) de ceux de Bagnolet-Nord et de Lyon-Sud, 4 (12 %) de celui de Lyon, 2 (6 %) de celui de Bordeaux, 1 (3 %) de ceux de Bagnolet et Bagnolet-Ouest.

Commentaire

Le choix des mots-clefs a été guidé par l'espoir qu'ils permettent de recenser des infections nosocomiales consécutives à une chirurgie prothétique du genou avec un faible taux d'affaires sans lien avec cet accident médical, ainsi que par l'idée qu'*a priori* ce type d'affaire doit conduire à la désignation d'un collège comprenant un chirurgien orthopédiste et un spécialiste des maladies infectieuses. Bien qu'il ne soit pas question d'en faire une règle et encore moins de porter un jugement lorsque d'autres spécialistes ont été désignés, il paraît en revanche important de disposer d'une évaluation dans une telle situation, pour laquelle la discipline des experts à désigner semble assez évidente.

En premier lieu, il convient de constater que très peu d'affaires étaient sans relation avec une infection nosocomiale après chirurgie orthopédique (par exemple, tel fut le cas de

demandes d'indemnisation pour un résultat jugé insuffisant d'une *prothèse de genou*, sans infection *nosocomiale*). Surtout, comme on pouvait s'y attendre, il apparaît que le recours aux experts chirurgiens orthopédistes a été important ; celui des spécialistes de maladies infectieuses l'a également été, bien qu'à un moindre degré. Les données disponibles ne permettent pas de mettre en évidence la distinction retenue par la CNAM entre cliniciens, hygiénistes et bactériologistes. De ce fait, et compte tenu des difficultés de recrutement dans le domaine des maladies infectieuses (un expert a réalisé jusqu'à 169 expertises pour les CRCI), le recours à des réanimateurs spécialisés ne peut être considéré comme anormal. Il en est de même pour le recours, assez rare, à certains chirurgiens généralistes. Les cas où il n'a pas été fait appel à un expert relevant d'une de ces disciplines sont rares, alors qu'il existe nécessairement des dossiers dans lesquels la question de l'imputabilité ne se pose pas, et où l'évaluation des dommages est la seule difficulté à résoudre.

En conclusion, les données mises en évidence grâce à cette analyse traduisent des pratiques généralement satisfaisantes. Les résumés sont cependant très hétérogènes, plus ou moins bien renseignés. On note toutefois une très nette amélioration de leur qualité informative à partir de l'an dernier.

II.2.2 - Les dystocies d'épaule

Le croisement des mots *dystocie* et *épaule* a permis d'identifier 28 dossiers dont le résumé comportait ces deux mots et dans lesquels une expertise avait été diligentée. Le domaine concerné touche à la fois l'obstétrique et la pédiatrie.

La désignation d'experts est schématisée dans le tableau ci-dessous.

	1 ^e expertise	2 ^e
Dossiers avec expertise	28	3
avec gynécologue-obst.	28	2
seul	12	
collégiale	16	2
co-experts		
pédiatrie	10	1
chirurgie infantile	4	
médecine légale	1	1
non connue	1	1
Total expertises		31
Total gynécologue-obst.		30
Total pédiatres + chir. Inf.		14
médecine légale et ?		4

Sur 31 expertises diligentées, 30 ont sollicité un gynécologue-obstétricien, seul dans 12 dossiers. La plupart des 18 expertises collégiales ont fait appel à un pédiatre ou un chirurgien pédiatrique, plus rarement un spécialiste de médecine légale. La présence des chirurgiens pédiatriques s'explique par leur compétence dans le domaine particulier de l'évaluation du dommage corporel chez le nouveau-né. Globalement, les désignations apparaissent conformes à ce qui était attendu.

II.2.3 - Les décès en lien avec l'anesthésie

Le croisement des mots *anesthésie* et *décès* a permis d'identifier 35 dossiers dont le résumé comportait ces deux mots. Dans seize cas, l'association ne concernait pas un possible lien de causalité (antécédent d'*anesthésie*, intervention mise en cause réalisée sous *anesthésie*). Dans 19 dossiers, un décès était susceptible de mettre en cause des soins d'anesthésie ou de réanimation (4 chocs anaphylactiques, 4 pneumopathies d'inhalation, 9 arrêts cardiaques durant l'intervention ou peu après celle-ci).

La désignation d'experts est schématisée dans le tableau ci-dessous.

spécialiste	1 ^e expertise		2 ^e expertise seul
	seul	collège avec anesth., réanim.	
anesthésiste, réanimateur	6	9	1
chirurgien	1	5	
médecine légale	1	1	
maladies infectieuses		3	
cardiologie		1	
toxicologie	1		
neurologie			
médecine interne	1		
discipline biologique		1	

Pour ces 19 dossiers, 9 ont comporté une expertise collégiale, associant toujours un anesthésiste-réanimateur, 10 n'ont fait appel qu'à un seul expert. Dans quatre cas, celui-ci était d'une autre discipline : deux chocs allergiques au curare (un toxicologue, un légiste), une pneumopathie d'inhalation à l'induction anesthésique (chirurgien), un hématome compressif après thyroïdectomie (interniste). Tous ces cas ont été considérés comme des accidents médicaux non fautifs, relevant de la solidarité.

Commentaire

Le choix des mots-clefs a entraîné une sélection par excès, ce qui était prévisible. L'objectif était d'évaluer si la fréquente difficulté de compréhension des mécanismes en cause et donc des domaines de compétence à mobiliser ne conduisait pas à des erreurs d'orientation. Globalement, ce ne fut pas souvent le cas. Toutefois, les quatre expertises qui furent à la fois non collégiales et sans anesthésiste-réanimateur ressortaient à l'évidence de cette dernière discipline.

II.2.4 - En conclusion

L'analyse qui a pu être réalisée sur des cas relativement comparables, à partir des résumés des dossiers dans la base de données partagée par les CRCI et l'ONIAM, a montré que ces résumés étaient utilisables pour déterminer la discipline des experts désignés. Elle permet d'estimer que globalement le choix de la discipline des experts est cohérent. Toutefois, dans certains domaines complexes, on constate l'absence de recours à un spécialiste de la discipline concernée alors que l'appréciation du respect des règles de l'art exige un tel recours.

Cette constatation a conduit à étudier, avec le groupe de travail sur l'harmonisation du dispositif d'indemnisation, les pratiques des CRCI en cas de doute quant à la discipline des experts à désigner. Il apparaît que certaines CRCI s'en remettent à l'expert initialement désigné, estimant qu'il revient à celui-ci de faire savoir s'il s'estime incompetent. L'inconvénient est double : risque d'allongement des délais en cas de désistement après analyse du dossier ; absence d'homogénéité des experts à cet égard, certains s'estimant polyvalents sans que cette polyvalence leur ait été reconnue par la CNAM. D'autres CRCI s'entretiennent par téléphone avec un médecin expérimenté. L'inconvénient est également double : la présentation est nécessairement orientée par l'analyse du juriste ; le médecin n'a pas un accès facile aux pièces du dossier. D'autres CRCI se sont adjoint les services d'un médecin vacataire qui passe régulièrement dans leurs locaux et auquel sont soumis tous les dossiers présentant la moindre difficulté ; ceci lui permet de prendre connaissance de tout document lui semblant utile. Ces différentes modalités de fonctionnement ont nécessairement des conséquences en termes de qualité de la procédure, mais aussi de délais lorsqu'il est nécessaire de changer d'expert ou de lui adjoindre un co-expert à l'issue d'une première expertise. En conséquence, la CNAM sera conduite à faire une proposition d'harmonisation (*cf.* troisième partie : III.3).

II.3 - Le projet de site Internet

Sur la base du document figurant dans le rapport 2005-2006 de la CNAM², un projet de site Internet a été élaboré par M. Yves Delbart, de la délégation de l'information et de la communication du ministère (DICOM), après discussion sur les modalités opératoires avec le Pr André Lienhart et M. Jacques Cerda qui assure le secrétariat de la CNAM.

Le projet de maquette finalement retenu par la commission figure dans l'**annexe n° 13**. Le site sera abrité par celui du ministère, avec une adresse du type *sante.gouv.fr/cnamed* afin d'éviter l'homonymie de l'acronyme « CNAM », et répondra aux spécifications de la charte graphique du ministère et aux normes d'accessibilité. La mise en place de l'outil de gestion du contenu suppose une formation, assez simple, de membres de la commission.

Le site sera alimenté par des informations validées par un comité de validation constitué des professeurs Dominique Thouvenin et André Lienhart, de Mme le Dr Hélène Hugues-Béjui et de M. Marc Morel ; le webmestre sera le Pr André Lienhart, qui travaillera en lien avec M. Jacques Cerda. Les documents seront initialement placés sur un site virtuel par le webmestre, avec un code d'accès spécifique, et seront ensuite mis en ligne sur le site après validation. Il est à noter que, le mandat des membres de la CNAM s'achevant en mai 2008, il y aura lieu d'assurer la pérennité du système.

² Rapport annuel 2005-2006, pages 85-86 et annexe n° 13.

II.4 - Adoption de la nomenclature dite Dintilhac par la CNAM

En 2003, un groupe de travail présidé par Madame le Professeur Lambert-Faivre, réuni au sein du Conseil national d'aide aux victimes, proposait, entre autres, une liste de postes de préjudice, en les redéfinissant en fonction de leur caractère personnel (non économiques) et économique.

En 2004, Mme Nicole Guedj, alors secrétaire d'État aux droits des victimes, a mis en place un groupe de travail au sein de la Cour de cassation dans le but de réfléchir sur la possibilité, d'une part, d'élaborer une nomenclature des postes de préjudice et, d'autre part, de clarifier les règles de l'action subrogatoire des tiers payeurs.

En juillet 2005, M. Jean-Pierre Dintilhac, président de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation de l'époque, remettait le rapport de synthèse de ce groupe de travail au Premier président de la Cour de cassation.

De ce rapport ressortent deux éléments spécifiques. Il propose, tout d'abord, une nomenclature de postes de préjudices et, ensuite, des solutions permettant de clarifier les règles de l'action subrogatoire des organismes sociaux sur les indemnités versées aux victimes : d'une part, le recours poste par poste et d'autre part le droit préférentiel de la victime.

La nomenclature ainsi élaborée, de portée générale, est la conceptualisation de la jurisprudence. Elle respecte la classique architecture « tripartite » : partition entre préjudices patrimoniaux et extra patrimoniaux ; partition entre victime directe et victime indirecte ; partition entre postes temporaires et permanents, la ligne de partage restant bien entendu la date de consolidation.

Elle se décompose en 20 postes pour la victime directe (*cf. annexe n° 14*).

Cette nomenclature doit donc amener à une plus grande transparence, à une plus grande équité de traitement des victimes, à une harmonisation de l'indemnisation du dommage corporel et à une forme – attendue – de sécurité juridique.

II.4.1 - Les principales caractéristiques de la nomenclature

L'une des principales caractéristiques de cette nomenclature porte sur la suppression de l'ambiguïté des postes à caractère hybride, physiologique et professionnel que sont l'incapacité temporaire totale ou de travail (ITT) et l'incapacité permanente partielle (IPP).

Les deux postes ITT et IPP, présents dans la loi du 4 mars 2002 et ses décrets d'application, sont les postes les plus impactés par la nouvelle nomenclature. Tous deux constituent, en effet, les deux principaux caractères de gravité permettant l'entrée dans le dispositif d'indemnisation des accidents médicaux.

II.4.1.1 - L'incapacité temporaire de travail (ou incapacité temporaire totale) (ITT)

Ce poste a toujours eu une connotation ambiguë car réparant à la fois la perte de gains professionnels de la victime et le retentissement des lésions sur sa vie personnelle.

La nomenclature propose d'écarter cette notion au profit de deux postes bien distincts : le « déficit fonctionnel temporaire » (DFT) et la « perte de gains professionnels actuels » (PGPA).

Le DFT est un poste extrapatrimonial et traduit l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle que va subir la victime jusqu'à la consolidation. Cette période correspond aux périodes d'hospitalisation de la victime, également à la perte de la qualité de vie et des joies usuelles de la vie courante (privation temporaire d'activités privées ou d'agrément, préjudice sexuel...).

Le PGPA, poste patrimonial, correspond aux pertes de gains subies par la victime, gains qu'elle aurait normalement perçus pendant la maladie traumatique en l'absence de la survenue du dommage ; cette perte peut être totale ou partielle, c'est-à-dire priver également la victime d'une partie de ses revenus sur cette période.

II.4.1.2 - L'incapacité permanente partielle (IPP)

L'IPP a toujours eu un caractère hybride, indemnisant des séquelles physiologiques non économiques et des conséquences professionnelles donc économiques. La notion européenne d'« ApIPP », atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, a été reprise par la nomenclature Dintilhac ; elle prend en considération les conséquences, essentiellement personnelles, pour la victime, à la suite des séquelles qu'elle subit, le retentissement professionnel éventuel consécutif à cette ApIPP faisant l'objet d'une question distincte.

L'ApIPP est évaluée à l'aide d'un barème médical qui est celui annexé au décret d'application de la loi du 4 mars 2002, barème qui faisait déjà référence à cette définition européenne. Le taux ainsi proposé servira pour l'indemnisation de ce poste dénommé « déficit fonctionnel permanent » (DFP), poste de préjudice extrapatrimonial découlant de l'incapacité constatée médicalement (donc fixée par un taux).

II.4.2 - Les suites données au rapport Dintilhac

Quelles sont les suites qui ont été données à ce rapport déposé en 2005 auprès du Premier président de la Cour de cassation ?

Tout d'abord, le rapport a été publié sur le site de la Cour de cassation (BICC, mars 2006) et a donc ainsi bénéficié d'une large diffusion. Il a été rapidement utilisé par un certain nombre de cours d'appel comme nomenclature de référence.

Parallèlement, les assureurs en dommages et responsabilité civile du marché français des deux familles de l'assurance (GEMA et FFSA) ont rédigé une circulaire entérinant la

nomenclature dans son entier comme référence pour l'indemnisation des dommages corporels et demandant l'application par les experts de la nouvelle mission d'expertise 2006 élaborée par l'association pour la réparation du dommage corporel (AREDOC).

Ensuite, le conseil d'administration de l'ONIAM vient d'adopter, le 12 décembre 2007, cette nomenclature indemnitaire pour l'indemnisation des aléas thérapeutiques.

Enfin, la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 introduit deux importantes modifications. D'une part, la victime est privilégiée par rapport aux tiers payeurs, d'autre part, le recours des tiers payeurs doit se faire poste par poste et sur les seules indemnités qui réparent les préjudices pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel (sauf s'ils prouvent qu'ils ont versé une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice à caractère personnel).

L'introduction dans la loi du terme de recours « poste par poste » laisse entendre qu'une nomenclature de ce type doit être utilisée. C'est ainsi qu'en février 2007, une circulaire émanant de la Chancellerie destinée aux chefs de cours (judiciaires et administratifs) recommande l'utilisation d'une nomenclature et propose la nomenclature Dintilhac « *semblant approuvée par tous* ». Cependant, si la loi du 21 décembre 2006, dans son article 25, incite à l'adoption d'une nomenclature, elle ne l'impose pas.

Le Conseil d'État et la Cour de cassation ont été saisis de plusieurs demandes d'avis afin de clarifier ces dispositions.

Le Conseil d'État, dans son avis rendu le 4 juin 2007, précise que l'application de la loi du 21 décembre 2006 n'est manifestement pas impossible en l'absence de textes réglementaires et donc que ses dispositions sont d'application immédiate. Il précise, en deuxième lieu, que ces règles nouvelles sont applicables aux instances relatives à des dommages survenus avant leur entrée en vigueur et n'ayant pas donné lieu à une décision passée en force de chose jugée. Enfin, il interprète les dispositions applicables et précise, en particulier, la notion de postes de préjudice, les conditions de mises en œuvre de la nouvelle priorité donnée aux victimes et la méthode de travail que doit suivre le juge administratif.

La Cour de cassation, de son côté, précise également que la nouvelle loi est applicable aux instances en cours pour les accidents survenus avant la promulgation de ce texte, dès lors que l'indemnité de la victime n'a pas été définitivement fixée, mais elle ne prend pas position quant à l'éventuelle application de la nomenclature Dintilhac.

Afin de permettre aux experts qui interviennent à la demande des CRCI de disposer d'une aide utile, la CNAM a proposé des modifications (**annexe n° 15**) à la mission d'expertise et au livret de l'expert qu'elle avait adressés aux CRCI et qui figuraient en annexe du rapport 2005-2006. Elle formule, à cet égard, d'autres propositions (*cf.* III.4).

II.5 - L'inscription des experts en accidents médicaux sur la liste nationale

II.5.1 - Données chiffrées

Le précédent rapport faisait état d'une importante montée en charge de l'inscription des experts sur la liste nationale, puisque de 30 inscrits au titre de l'année 2004-2005 le nombre d'inscrits atteignait les 158 au 30 septembre 2006.

L'année 2006-2007 a continué de voir une évolution semblable : au 10 décembre 2007, la liste nationale comporte 248 inscrits. Cette montée en charge est retracée en **annexe n° 16**.

Par ailleurs, au cours de la période d'octobre 2006 à novembre 2007, 23 décisions de rejet ont été prononcées. Il est à noter que certaines demandes font l'objet d'une décision d'irrecevabilité avant passage en commission et que quelques candidatures nécessitent de la part des rapporteurs des compléments d'examen avant le vote sur la décision à prendre. Enfin, à cette même date, plus de 600 personnes se sont manifestées auprès du secrétariat, dont la plupart ont déposé une demande plus ou moins complète.

Les inscriptions, ainsi que les rejets, prononcés par la commission nationale font l'objet d'une décision motivée.

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

En application de l'article R.1142-36, la liste nationale des experts en accidents médicaux, ainsi que ses actualisations annuelles, sont publiées au *Journal officiel* ; une deuxième liste a été publiée le 16 mai 2007.

II.5.2 - Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées par la commission lors de l'examen des candidatures ont été du même genre que celles longuement évoquées lors du précédent rapport et concernaient principalement soit la recevabilité de la demande, dans le cas de personnes non inscrites sur une liste d'experts judiciaires, soit le domaine de compétence, eu égard à la réalité de l'exercice professionnel : la liste des domaines de compétence retenus depuis le début des inscriptions (*cf. annexe n° 17*) montre leur diversité et le souhait de ne pas subdiviser à l'infini les spécialités médicales : le recours fréquent à la mention particulière a permis de souligner les connaissances spécifiques de l'expert dans un aspect plus étroit de sa discipline, sans l'y cantonner absolument. Ainsi, les commissions régionales peuvent-elles mieux choisir l'expert dont elles ont besoin, que le dommage concerné leur semble devoir faire appel à une compétence très ciblée ou qu'il s'agisse d'une situation fréquemment rencontrée.

Par ailleurs, les rapporteurs de la commission ont procédé, dans tous les cas, à l'examen de rapports d'expertises fournis par le candidat, en moyenne trois. Les décisions de rejet mais aussi d'inscription sont donc fondées non seulement sur les compétences techniques du candidat, mais également sur ses compétences expertales en matière d'imputabilité des dommages et, le cas échéant, d'évaluation des préjudices qui en résultent : c'est seulement dans ce dernier cas que l'expert est autorisé à effectuer des expertises sans que lui soit adjoind un expert inscrit sur la liste au titre de la réparation du dommage corporel.

II.5.3 - Mise en place de la formation en responsabilité médicale

L'article L.1142-10 du code de la santé publique donne mission à la CNAM de former les experts en responsabilité médicale, dans des conditions fixées par décret. Comme l'envisageait le rapport précédent de la CNAM, ce décret simple mentionne que le programme est fixé par arrêté, sur proposition de la commission nationale. La CNAM admettra que pourront être dispensés de la formation les candidats qui auront déjà bénéficié récemment d'une formation de même nature et d'une qualité équivalente.

Ce décret est actuellement en cours de signature.

La CNAM conservera le choix des formateurs et maîtrisera l'ensemble de la démarche pédagogique, ainsi que les modalités d'évaluation des candidats. Les modalités pratiques sont l'élaboration d'un marché actuellement en voie de réalisation.

II.6 - L'état antérieur et les antécédents

Qu'il s'agisse de séquelles résultant d'un traumatisme ou survenant à la suite d'un accident médical - fautif ou non fautif - l'étude de l'état antérieur et des antécédents revêt un caractère particulier en ce qu'il peut modifier l'évolution habituelle et reconnue des lésions initiales. De même, l'évènement causal peut modifier l'évolution de cette pathologie préexistante ou concomitante.

C'est toute la problématique de « *l'état antérieur* » rendant parfois très difficile l'application d'un des principes essentiels du droit de la responsabilité : réparer tout le dommage, mais rien que le dommage en tentant de replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu. Seul le médecin est capable de donner au juriste en charge de l'indemnisation tous les éléments techniques lui permettant de faire la part des choses afin que ni la victime, ni le tiers responsable ne supportent injustement les conséquences de cette pathologie connexe.

Dans ce « *vécu* » pathologique, il convient de distinguer les antécédents et l'état antérieur. Les antécédents médicaux recouvrent l'ensemble de la pathologie médicale ou traumatique ayant atteint le sujet avant l'accident, que cette pathologie soit guérie, qu'elle soit encore évolutive ou qu'elle laisse persister des séquelles. Ce sont les renseignements que l'on retrouve dans toute bonne observation médicale et qui font partie du dossier médical de l'intéressé. Le médecin expert les apprend par le patient lui-même, qui s'exprime sur son

passé pathologique lors d'une expertise, ou par la lecture des documents fournis par le patient pour l'expertise. Mais, il ne doit les évoquer dans son rapport que si ces antécédents peuvent avoir une influence sur le dommage corporel consécutif à l'accident, ou s'ils ont été modifiés par celui-ci. Ainsi, faire mention dans un rapport d'expertise de l'ablation d'un kyste de l'ovaire alors que l'expertise porte sur une fracture d'un métacarpien est au mieux une indiscretion, au pire une violation du secret médical.

Dans le cas d'une expertise demandée à la suite de la survenue d'un accident médical, il convient de distinguer l'état de vulnérabilité, traité ou non, et la nature de la pathologie à l'origine des soins considérés comme étant la source des dommages. Par exemple, c'est le problème posé par un patient diabétique subissant l'ablation d'un matériel d'ostéosynthèse après fracture de jambe et qui verrait la survenue d'une raideur de la cheville accompagnée de troubles trophiques. L'expert aura alors à faire la part des choses entre ce qui revient à l'évolution de la pathologie, ce qui résulte de l'état de vulnérabilité, et ce qui constitue le dommage consécutif à l'acte initialement mis en cause, fautif ou non.

Le champ couvert par la notion d'état antérieur est particulièrement vaste.

Dans les développements ci-après, la notion d'« état » fait référence à l'état de la victime d'un fait dommageable du point de vue médical, et le mot « antérieur » sous-entend antécédent à un fait déterminé à l'origine du dommage que l'on se propose de réparer.

L'état antérieur peut être :

- anatomique, parfois de façon évidente en cas d'amputation, ou bien plus discret pour des raideurs articulaires ou de l'arthrose,
- physiopathologique, pour des affections comme le diabète ou l'hyperthyroïdie,
- psychiatrique ou psychique, comme peuvent l'être des troubles de la personnalité.

L'état antérieur peut trouver sa source dans une affection congénitale ou bien acquise, et alors être consécutif à une maladie, une malformation ou un accident. Il comprend ainsi l'ensemble des prédispositions ou des anomalies constitutionnelles ou acquises que présente un sujet victime d'un fait dommageable avant ce fait.

Dès lors, deux grandes catégories de distinctions peuvent être entreprises :

- il peut s'agir d'un état antérieur qui concerne directement le siège ou la fonction atteinte au cours d'un accident, ou d'un état antérieur sans rapport avec la pathologie concernée mais qui peut interférer avec ses suites ou son évolution ;
- par ailleurs, l'état antérieur peut être connu au moment du fait générateur ou simplement latent.

Il faut noter qu'à partir d'un certain moment de sa vie, chacun est potentiellement porteur de prédispositions dans la mesure où la prévalence de certaines affections augmente avec l'âge. En un certain sens, l'individu idéal porteur d'aucune prédisposition n'existe pas.

Seront donc rappelés les critères analysés dans le cadre de l'expertise médicale, avant que soit effectué un rapide tour d'horizon de la jurisprudence judiciaire et de son évolution. Il convient toutefois de souligner, dès ce stade, que cette étude est rendue difficile par les moyens juridiques peu développés dans les recours formés ces dernières années, ce qui atténue sa pertinence.

II.6.1 - Les critères étudiés en expertise médicale

Les experts disposent de « critères d'imputabilité » qui ont été initialement utilisés pour déterminer l'imputabilité d'affections cancéreuses, mais qui sont désormais appliqués à toutes les situations où se pose un problème d'imputabilité médicale.

Sont classiquement décrits sept critères d'imputabilité :

- réalité et intensité du traumatisme,
- certitude du diagnostic,
- concordance de siège entre le traumatisme et la séquelle,
- continuité évolutive, enchaînement physiopathologique,
- délai d'apparition des troubles,
- intégrité préalable de la région traumatisée,
- absence d'autre cause.

On constate que l'« intégrité préalable de la région traumatisée » signifie en fait l'absence d'état antérieur au niveau de la région siège du dommage. L'absence d'état antérieur fait donc partie de ces critères d'imputabilité.

Il convient de préciser que cette imputabilité évaluée par l'expert est une imputabilité médicale qui est appréciée selon des critères scientifiques réputés objectifs.

L'imputabilité qu'il définit doit servir à éclairer le magistrat sur l'existence d'un lien de causalité qui sera discuté selon les 3 critères suivants :

- certain ou hypothétique : l'expert exposera ses doutes scientifiques,
- total ou partiel : il est partiel si une autre cause contribue à expliquer le dommage, un état antérieur par exemple. Il convient, dans ce cas, d'exposer quelle aurait été l'évolution du traumatisme en l'absence d'état antérieur, puis celle de l'état antérieur sans le traumatisme et, enfin, celle du complexe état antérieur-accident,
- direct ou indirect : l'expert exposera alors l'argumentation pathogénique.

Ainsi, pour chaque expertise, même la plus banale, l'expert doit rechercher l'existence d'un état antérieur chez la victime, à partir du moment où celui-ci est susceptible d'interférer avec les conséquences du fait dommageable. Il faut, en effet, rappeler que les données médicales sans rapport avec le dommage de la mission impartie à l'expert sont couvertes par le secret médical, même dans le cadre d'une expertise judiciaire (art. R.4127-108 du code de la santé publique).

L'expert doit donc décrire le dommage et ses conséquences d'une part, l'état antérieur et l'influence qu'il a pu avoir sur le dommage, ainsi que les modifications qu'il a subies du fait de ce dommage d'autre part.

Dès lors, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- le traumatisme a décompensé ou déclenché un état antérieur latent qui n'avait jamais été identifié de sorte que le sujet menait une existence parfaitement normale,
- l'état antérieur comportait, indépendamment du traumatisme, un processus évolutif qui a pu être accéléré,
- l'état antérieur est lui-même à l'origine de la complication de l'état du sujet, ce qui est fréquemment le cas en matière d'accident médical.

L'on sait que, en tout état de cause, les juges ne sont pas liés par les conclusions de l'expertise, qui ne constitue qu'un avis technique.

II.6.2 - Les décisions des tribunaux judiciaires

La Cour de cassation a, à plusieurs reprises, rappelé le principe fondamental de la réparation intégrale du préjudice subi par la victime^{3,4}.

Dans certaines situations particulières, il est fréquent que soit soulevé le problème de l'existence de prédispositions chez la victime qui auraient eu pour effet que celle-ci se trouvait anormalement vulnérable au moment du fait générateur.

Tel est généralement le cas lorsque les conséquences d'un fait dommageable apparaissent au défendeur à l'action en réparation du dommage corporel comme disproportionnées au regard du traumatisme engendré par le fait en question. L'apparition de troubles d'ordres psychologiques graves évoluant sur plusieurs mois chez une victime dans les suites d'un accident de voiture bénin peut, par exemple, paraître disproportionnée au défendeur.

Le défendeur peut dès lors essayer de rechercher une exonération, partielle ou totale, de sa responsabilité et tenter de montrer que l'état antérieur de la victime a modifié le lien de causalité entre le fait générateur et l'intégralité du dommage.

Il peut également demander une limitation de l'indemnisation, en montrant qu'une partie du préjudice subi par la victime trouve son origine dans un état antérieur et se trouve ainsi anormalement élevé.

Il peut ainsi théoriquement développer deux types d'argumentation possibles :

³ Cass., Civ. 2, 18 janv. 1973, n° 71-14282, Bull. Civ. 2 n° 27.

⁴ Cass., Civ. 2, 9 juil. 1981, n° 80-12-142, Bull. Civ. 2 n° 156.

* soit une limitation de responsabilité, en démontrant que les prédispositions ont joué un rôle en matière de causalité, de sorte qu'il puisse bénéficier d'une exonération totale ou partielle de sa responsabilité.

Mais, même s'il est théoriquement possible de prouver que les prédispositions de la victime peuvent constituer un cas fortuit, le fait d'un tiers, ou encore une faute présentant les caractères de la force majeure, l'exonération totale de responsabilité pour le défendeur n'est pas envisageable. En effet, il suffit que la victime montre que son état a été un tant soit peu modifié par le fait imputable au défendeur pour que ce fait présente un lien de causalité, quel qu'il soit avec le dommage subi par la victime et qu'ainsi le défendeur soit considéré comme responsable⁵.

Pour que le défendeur puisse bénéficier d'une exonération partielle de sa responsabilité, il lui faut montrer que les prédispositions de la victime sont assimilables à une faute et que cette faute a contribué au dommage. Or, il n'est pas envisageable de considérer qu'un état antérieur, connu ou inconnu de la victime, ait les caractéristiques d'une faute. De plus, la jurisprudence s'est toujours refusé à admettre le principe d'une influence d'un état antérieur connu sur le terrain de la causalité et du droit à réparation intégrale.

En outre, la moindre faute commise par le défendeur implique qu'une exonération partielle de sa responsabilité soit exclue car cette faute a contribué pour une part, aussi infime soit-elle, à la réalisation du dommage.

Ce type d'argumentation sur le terrain de la causalité juridique est par conséquent voué à l'échec pour le défendeur.

* la deuxième piste est celle d'une réduction de l'indemnisation, plus fréquemment invoquée.

Dans ce cas, le défendeur plaide que le préjudice de la victime a été plus important qu'il aurait dû l'être en raison de ses prédispositions.

Le défendeur devrait alors, en suivant cette logique, ne devoir réparer que le préjudice, diminué de la part qui est rattachée à ces prédispositions.

Et l'on retrouve les trois cas précédemment évoqués selon que les prédispositions de la victime étaient patentes, que l'état antérieur de la victime a été décompensé, ou que les prédispositions étaient seulement latentes.

En ce qui concerne les prédispositions patentes (ou état antérieur), il ne peut être demandé au défendeur de réparer un dommage connu avant l'accident et seule l'aggravation éventuelle de cet état doit être évaluée⁶.

Pour ce qui est des prédispositions patentes décompensées, il arrive parfois que le résultat du fait dommageable trouve également sa source dans une prédisposition de la

⁵ Cass., Civ. 2, 10 juin 1999, n° 97-20028, Bull. 1999 II n° 116

⁶ Cass., Civ. 2, 8 fév. 1989, n° 87-19821, Bull. 1989 II n° 38

victime et que la nature même de l'état antérieur de la victime, et donc son invalidité ait changé.

Dans ce genre de situation, il n'est donc pas possible de soustraire simplement la part de l'état antérieur dans le calcul de l'indemnisation, car la nouvelle invalidité est sans commune mesure avec cet état antérieur.

Tel est le cas de l'exemple fréquemment cité du borgne qui, à la suite d'un fait dommageable, perd l'usage de son deuxième œil⁷. De la cécité totale qui en découle ne peut être soustrait un état antérieur de cécité partielle pour calculer l'indemnisation. La nature de l'invalidité présentée par la victime avant le fait dommageable est de nature différente de celle présentée après. Selon le principe de réparation intégrale du dommage, l'étendue totale du préjudice provoquée par le fait dommageable doit être indemnisée et non pas seulement le préjudice résultant de la seule perte de fonction consécutive à l'atteinte d'un seul œil.

Il en va de même dans d'autres cas moins caricaturaux.

Une personne présentant un état antérieur connu de spondylolisthésis, victime d'un accident de la circulation qui entraîne une intervention chirurgicale, ne peut pas être déboutée de ses demandes au titre du préjudice économique pour la seule raison que l'affection n'a pas été révélée par l'accident⁸.

Le cas le plus fréquent enfin est celui d'une personne âgée autonome, mais dont la capacité antérieure au fait dommageable était déjà réduite qui, à la suite de celui-ci, perd son autonomie et se retrouve le plus souvent institutionnalisée. Les juges du fond considèrent que, même en tenant compte de l'évolution prévisible de l'état de santé de la personne âgée, si un lien de causalité entre le fait dommageable et la perte d'autonomie ne peut être écarté, toutes les mesures pour pallier cette perte d'autonomie doivent être indemnisées par le défendeur. Le seul âge de la victime ne peut être un motif de la réduction de l'indemnisation.

Pour ce qui est des prédispositions latentes, la Cour de cassation indique, selon une formule constante, que « le droit de la victime à obtenir indemnisation de son préjudice corporel ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique, lorsque l'affection qui en est issue n'a été provoquée ou relevée que par le fait dommageable ». Sans le fait dommageable, il ne peut être formellement établi que le préjudice de la victime serait apparu, la réparation intégrale du préjudice lui est alors due.

Même si la jurisprudence n'est pas toujours allée dans ce sens⁹, il semble qu'elle soit désormais constante, confirmée par quelques décisions relativement récentes prises par les chambres civiles de la Cour de cassation.

⁷ Cass., Civ.1, 28 oct. 1997, n° 95-17274, Bull. 1997 I n° 298

⁸ Cass., Civ.2, 25 nov. 2004, n° 03-17555, inédit

⁹ Cass., Civ. 2, 8 juin 1994, n° 92-20400, inédit, dans lequel la Cour a rejeté un pourvoi reprochant à l'arrêt attaqué d'avoir minoré un préjudice en invoquant un état dépressif sous-jacent en invoquant le pouvoir souverain des juges

Tel est le cas du propriétaire d'une discothèque incendiée qui, à la suite d'un déni de garantie de son assureur, a développé des troubles importants d'ordre psychologique entraînant une incapacité de travail totale, absolue et définitive. Alors qu'il était relevé que la victime n'avait aucun antécédent médical personnel ni état antérieur psychologique connu, la Cour d'appel n'avait retenu qu'une imputabilité partielle et considéré que son affection trouvait pour partie son origine dans un état prédisposé.

Cette décision a été cassée par la Cour de cassation qui a précisé que, malgré les conclusions de l'expert qui ne retenait qu'une imputabilité partielle, l'affection en question possédait un caractère latent et, selon le principe de réparation intégrale, l'indemnisation ne pouvait être limitée de ce seul fait¹⁰.

Une autre décision¹¹ concerne la victime d'un accident de la circulation atteinte d'un traumatisme cervical bénin. Sans autre état antérieur qu'une personnalité névrotique qui n'avait jamais donné de trouble ni n'avait jamais été traitée avant l'accident, cette personne a présenté dans les suites de l'accident une dépression importante.

Considérant que les troubles résultaient d'une « pathologie endogène sous-jacente muette avant l'accident mais évoluant pour son compte personnel sans rapport avec celui-ci », la Cour d'Appel avait limité l'indemnisation de la victime.

La Cour de cassation a cassé l'arrêt au motif que « seul l'accident avait provoqué l'apparition de cette maladie » et, toujours selon le principe de réparation intégrale, l'indemnisation ne pouvait être limitée en raison d'une « prédisposition à la névrose ».

Un dernier exemple¹² concerne une demande d'aggravation d'un préjudice initial qui avait été indemnisé. L'aggravation, confirmée par l'expertise médicale, était caractérisée par des troubles importants d'ordre psychiatrique, alors que la victime n'avait aucun état antérieur connu au moment du fait générateur.

La Cour de Cassation a censuré la Cour d'appel qui, suivant l'expert, avait limité l'indemnisation de la victime, considérant qu'une partie de la symptomatologie présentée était sans rapport avec les séquelles post-traumatiques de l'accident.

On constate ainsi que la jurisprudence considère le sens du mot « révélé » pour les prédispositions de manière assez large et que, sans preuve formelle que l'affection était patente avant le fait, l'intégralité de l'indemnisation est due à la victime.

La chambre criminelle de la Cour de cassation a adopté une attitude relativement superposable à celle des chambres civiles dans les cas de prédispositions latentes dans un arrêt récent¹³.

¹⁰ Cass., Civ. 2, 10 juin 1999, n° 97-20028, Bull. 1999 II n° 116

¹¹ Cass., Civ. 2, 8 juil. 2004, n° 03-14868, inédit

¹² Cass., Civ. 2, 13 juil. 2006, n° 04-19380, Juris-Data n° 2006-034695

¹³ Cass., Crim., 30 janv. 2007, n° 05-87617, Bull. crim. 2007 n° 23. Il s'agit d'une animatrice poursuivie pour homicide involontaire. Elle avait sous sa surveillance un groupe d'adolescents dont l'un s'est noyé dans un bassin qui était interdit à la baignade, interdiction mentionnée par un panneau. L'adolescent présentait

Dès lors, dans la plupart des cas, une prédisposition latente d'une victime révélée par le fait dommageable devra être réparée par le défendeur. Cependant, il convient de différencier le cas où une prédisposition latente est révélée par le fait dommageable, comme exposé ci-dessus, et celui où une prédisposition est révélée à l'occasion du fait dommageable.

Ainsi, par le biais des examens complémentaires pratiqués dans les suites de l'accident, des maladies ou des affections peuvent être diagnostiquées fortuitement et être sans rapport avec les éventuels dommages produits par l'accident lui-même. Une analyse sanguine pratiquée dans les suites immédiates d'un accident de la circulation pourra révéler une maladie infectieuse sans lien avec le traumatisme par exemple.

Il paraît évident de ne pas conclure que l'accident est responsable à la fois des conséquences traumatiques et également de la maladie découverte fortuitement¹⁴ : ainsi, une femme qui perd son enfant dans un accident peut-elle se voir indemniser des troubles anxio-dépressifs postérieurs, mais pas de la stérilité découverte dans les suites de l'accident qu'elle invoquait comme étant la conséquence de son état anxio-dépressif.

En somme, la jurisprudence judiciaire semble désormais constante et différencie le cas où l'état antérieur de la victime est latent et doit être réparé intégralement et le cas où l'état antérieur est patent et l'indemnisation limitée à la seule part du dommage imputable à l'accident, sauf changement de nature de l'invalidité.

Il faut souligner, toutefois, que cette jurisprudence, plutôt favorable aux victimes, va à l'encontre de la pratique expertale ordinaire où l'état antérieur latent est rarement pris en compte.

Mais toute autre est la difficulté d'appréciation du dommage anormal, défini comme étant un dommage sans rapport avec l'état initial du patient ou son évolution prévisible. Et il semble curieusement qu'à l'inverse des accidents de droit commun, il existe souvent un partage des préjudices effectué entre les conséquences de l'accident médical et l'évolution inéluctable de l'état antérieur du patient pourtant bien connu au moment des faits.

II.7 - Aide humaine

Dans son précédent rapport, la CNAM rappelait que les victimes d'accidents médicaux, en application des articles L.1142-14 et L.1142-17 du code de la santé publique, doivent bénéficier du principe de « la réparation intégrale des préjudices subis ».

antérieurement aux faits une hypertrophie ventriculaire gauche méconnue et responsable, selon les experts, du décès. Ces mêmes experts excluaient la noyade vitale. La Cour d'appel n'a pas retenu de lien entre la faute de l'animatrice et le décès, « puisque la cause du décès ne peut être imputable avec certitude à une noyade ». Cependant, la Cour de cassation a cassé l'arrêt et précisé que « l'imputabilité du dommage corporel doit être appréciée sans qu'il soit tenu compte des prédispositions de la victime dès lors que ces prédispositions n'avaient pas déjà eu des conséquences préjudiciables au moment où s'est produit le fait dommageable. » La formule ressemble beaucoup à celle employée par les chambres civiles.

¹⁴ Cass., Civ. 2, 25 oct. 2001, n° 99-16942, inédit

Dans cette perspective, les besoins d'assistance de la victime, en matière d'aide physiologique, psychologique, économique et sociale, doivent impérativement être évalués de façon rigoureuse et incontestable.

Or, deux constatations peuvent actuellement être faites :

1° les victimes et leur famille ont beaucoup de difficultés à se rendre compte de la totalité de leurs besoins d'assistance dans la vie quotidienne et donc plus encore à en faire état à l'expert,

2° certains experts oublient, négligent ou ne savent pas évaluer les besoins en aide humaine.

Et ceci, alors même que l'indemnisation de l'aide humaine représente une part importante voire prépondérante de l'indemnisation totale.

Trois recommandations peuvent être faites par la CNAM :

- aider les victimes et leurs familles à évaluer aussi précisément que possible leurs propres besoins d'assistance dans l'esprit de la réparation intégrale. Pour ce faire, elle a élaboré un outil d'aide à la réflexion à l'attention des victimes sous la forme d'une grille (*cf. annexe n ° 18*) ;
- aider l'expert à mieux évaluer les besoins. Pour ce faire, il est indispensable d'utiliser des outils validés tel que l'échelle de mesure de l'indépendance fonctionnelle, outil généraliste éventuellement assorti d'échelles plus spécifiques, telles que WOMAC ou Lequesne ou les échelles d'évaluation des facultés cognitives ;
- intégrer l'évaluation en besoin d'aide humaine dans les missions d'expertise fixées par les CRCI en rappelant que l'aide humaine doit constituer une partie distincte de l'expertise.

TROISIEME PARTIE :

ÉVOLUTIONS EN COURS ET PROPOSITIONS

INTRODUCTION

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.

Le dispositif mis en place présente un caractère complexe puisque cohabitent en son sein la Commission nationale des accidents médicaux, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux. Les missions et les tâches de ce dispositif ont depuis évolué, notamment au niveau réglementaire. Cette organisation structurelle pose, en elle-même, des difficultés ; le présent rapport montre qu'une collaboration efficace et confiante a permis d'optimiser les fonctionnements de manière très appréciable.

La première partie de ce rapport témoigne de la réalisation d'une des premières tâches de la CNAM : rendre compte du fonctionnement des CRCI. Deux objectifs ont été poursuivis : l'harmonisation de ce fonctionnement, afin de permettre un traitement égalitaire des citoyens sur l'ensemble du territoire d'une part, assurer une grande qualité de l'évaluation des dommages et des décisions prises d'autre part. Même si l'objectif n'est pas complètement atteint, de considérables progrès ont été obtenus, grâce à un travail constant, confiant et régulier entre la CNAM, et les CRCI, plus particulièrement avec les magistrats en charge de ces CRCI et leurs collaborateurs.

Afin d'optimiser le dispositif, la CNAM a veillé à l'amélioration des expertises, en inscrivant sur la liste des personnes capables de faire des expertises de qualité dans les différents domaines les plus fréquemment en cause, en demandant aux présidents des CRCI de porter une particulière attention à la rédaction des missions de l'expert, mais aussi de choisir des experts inscrits sur la liste mise en place par la CNAM et exclusivement parmi ceux-ci, du moins quand la liste nationale sera suffisante.

La réparation du dommage corporel nécessite des compétences spécifiques que ne possèdent pas tous les experts ; c'est pourquoi la CNAM insiste pour que les expertises soient diligentées dans le cadre d'une collégialité, ce qui augmente, certes, le coût, mais garantit une appréciation juste et complète des dommages.

Augmenter les compétences des experts constitue l'une des missions de la CNAM ; elle veille à l'amélioration de celles-ci. Ces compétences doivent concerner des domaines qui ne sont pas constamment pris en compte dans les différentes formations dispensées. Pour l'exemple, les besoins d'assistance dans la vie quotidienne de la victime revêtent pour celle-ci une importance considérable. Que constate-t-on ? Les victimes et leurs familles ont des difficultés à rendre compte et à évaluer leurs besoins en aide humaine, si, par malheur, les experts oublient ou négligent ou n'ont pas les compétences pour y procéder : on ne peut alors espérer une réparation intégrale, juste et adéquate. Il convient donc, d'une part, d'aider les victimes à évaluer leurs besoins et à les exposer clairement à l'expert et, d'autre part, de demander à l'expert d'évaluer de manière précise les besoins en aide humaine, en s'aidant des outils scientifiquement validés actuellement disponibles et qui semblent très peu utilisés.

Le problème de l'aide humaine illustre très clairement les missions de la CNAM :

- aider les victimes à faire percevoir leurs besoins, et tous leurs besoins, afin que soit respecté l'objectif de réparation intégrale inscrit dans la loi : la CNAM est au service des citoyens,
- augmenter les compétences des personnes impliquées dans le fonctionnement de ce dispositif : les magistrats, les membres des CRCI, les experts ; la CNAM apprécie, harmonise, optimise le dispositif,
- appeler l'attention et faire des recommandations générales et particulières, par exemple en ce qui concerne l'aide humaine, la CNAM souhaite que la question de l'aide humaine fasse régulièrement partie des missions de l'expert. Et ceci d'autant plus que l'ONIAM précise que la part de l'indemnisation qui concerne l'aide humaine représente souvent une composante importante de l'indemnisation,
- contribuer par ses réflexions à une meilleure connaissance de la problématique des accidents médicaux et de leur indemnisation : ce rapport précise, par exemple, les différentes utilisations du concept d'ayant droit en général et plus particulièrement dans le domaine concerné.

Reste beaucoup à faire, l'entreprise est exemplaire, elle a pour objectif d'optimiser le dispositif, afin qu'il puisse répondre aux besoins et attentes de nos concitoyens.

III.1 - Les propositions de la CNAM à propos de la notion d'ayant droit

Les présidents ont exposé à la CNAM un certain nombre de difficultés auxquelles ils sont confrontés : le demandeur a-t-il ou non le loisir de choisir les professionnels ou établissements de santé qu'il entend voir mis en cause ? Est-il possible ou non d'utiliser dans le cadre de la procédure de règlement amiable une expertise diligentée dans le cadre d'une procédure juridictionnelle ? Quelles peuvent être les modalités concrètes de respect du

principe du contradictoire ? Enfin, les présidents ont fait part de leurs hésitations sur l'interprétation à donner à la notion d'ayant droit, pour laquelle ils ont expressément sollicité la CNAM de les éclairer afin qu'une position uniformisée puisse être adoptée par les CRCI.

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoyait de ne donner accès au nouveau système de « réparation des risques sanitaires » qu'aux seules « victimes de dommages corporels graves » pour permettre à ces dernières qui « sont souvent dans une situation de grande détresse du fait de l'atteinte à leur intégrité physique et des répercussions économiques de leur accident, d'accéder à une indemnisation rapide »¹. Selon ce projet, *seul le patient ayant subi des dommages du fait de l'accident médical* a le pouvoir de saisir la CRCI, dans l'objectif de lui permettre de faire face aux conséquences de l'accident qui l'a mis dans le besoin, grâce à l'obtention rapide d'une indemnisation.

L'énoncé du projet de loi traduisant ce choix était rédigé ainsi : « la commission régionale peut être saisie directement par *toute personne s'estimant victime* d'un *dommage* imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ». Il spécifiait également que, « lorsqu'une *personne* saisit la commission régionale parce qu'elle estime que le *dommage subi par elle...* », que « lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation ... estime qu'un *dommage* relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, ... l'assureur qui garantit la responsabilité civile de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à *la victime* ... une offre... », que « lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation ... estime qu'un *dommage* est indemnisable au titre du II de l'article L. 1142-1, l'office adresse à *la victime...* une offre... ».

Il ressort de l'ensemble de ces énoncés que **c'est le patient qui subit le dommage corporel du fait de l'activité médicale** qui est **titulaire du droit d'exercer un recours devant les CRCI**, autrement dit la victime directe ; aussi, **en cas de décès de cette dernière**, les deux dernières dispositions citées, relatives à l'offre d'indemnisation faite aussi bien par l'assureur que par l'ONIAM, précisaient pour la première, qu'« *en cas de décès de la victime*, l'offre est faite, le cas échéant, à ses *ayants droit* » et pour la seconde que, « si *la victime décède* sans avoir pu entamer une procédure d'indemnisation ou si elle décède au cours de celle-ci, *ses ayants droit* peuvent demander une indemnisation dans les mêmes conditions que *leur auteur* ».

Puis, dans le rapport fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Titres III et IV, Claude Evin, rapporteur de l'ensemble du projet, note – mais sans plus d'explication – qu'un amendement relatif à la saisine de la CRCI a été proposé prévoyant « qu'*en cas de décès*, les *ayants droit de la victime* peuvent saisir la commission »². Claude Evin présentant cet amendement devant l'Assemblée nationale, dans la séance du 4 octobre

¹ Projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *Ass. Nat.*, n° 3258, 5 sept. 2001, p. 65.

² C. Evin, B. Charles et J-J Denis, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Titres III et IV*, p. 49.

2001³, ajoute simplement que « c'est un amendement de précision. Il est nécessaire que les ayants droit, en cas de décès de la victime, puissent saisir la commission régionale ».

Lorsque la victime directe qui est titulaire du droit de saisir la CRCI décède, sa mort a pour effet d'opérer un transfert de son droit, que *la demande ait été introduite de son vivant* ou qu'elle le soit *après son décès*. Ce dernier entraîne *la transmission* à ses ayants cause *du droit d'action* et *du droit à réparation* dont elle était titulaire ; ils recueillent ces droits en l'état au titre des successions, conçues par le code civil comme une des « différentes manières dont on acquiert la propriété ». Parce qu'ils acquièrent – « ayant » venant de « avoir » – ces droits de leur auteur, en l'occurrence la personne décédée – qui est la cause, au sens où elle est à l'origine de la situation –, ils sont dénommés « ayants cause » ; aussi, *les droits qui leur sont transmis* sont-ils *ceux dont était titulaire la personne décédée* :

- droit de demander réparation des conséquences de son accident médical
- créance d'indemnisation si la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est reconnue ou si la solidarité nationale intervient. Cette créance fait partie intégrante du patrimoine du défunt.

La transmission à cause de mort étant acquise, il reste à déterminer ceux qui en sont bénéficiaires. Ce sont, *aux termes des règles du code civil régissant les successions*, ses « *ayants cause* » ; toutefois, si dans sa rédaction initiale, le code civil n'utilisait que cette seule expression, celle d'« ayant droit » a progressivement été préférée à celle d'« ayant cause » pour désigner la même situation juridique, c'est-à-dire celle d'une personne tenant ses droits d'une autre. Elle a récemment été introduite dans le code civil au titre des dispositions relatives aux successions ; aussi, les deux expressions cohabitent-elles désormais et ont-elles la même portée juridique désignant *une personne qui tient d'une autre* des droits qui *lui sont transmis*.

Mais par ailleurs, *certaines dispositions du code de la sécurité sociale* ouvrent des *droits personnels* à des catégories de personnes qualifiées d'« *ayants droit* » *de l'assuré social* ; en raison d'un lien familial avec ce dernier, ils sont titulaires *d'un droit propre* au remboursement des prestations en nature.

Dans leurs rapports, les présidents évoquent deux questions : celle de savoir *quelles catégories de personnes* peuvent saisir la CRCI *en tant que continuateurs du défunt* et celle de savoir si, en outre, les membres de la famille, les proches, sont ou non titulaires d'un *droit propre d'exercer un recours devant la CRCI* pour demander réparation des préjudices personnels dont ils souffrent indirectement du fait du dommage corporel initial dont est atteinte la victime de l'accident médical.

Or, parce que le code de la sécurité sociale reconnaît un *droit propre* à prestations aux « ayants droit » de l'assuré social, certains présidents en déduisent que la qualité d'ayant droit de la sécurité sociale permettrait à ceux qui en sont titulaires d'exercer le droit à réparation de la personne décédée au titre des successions. **Cette assimilation entraîne une confusion** : l'acceptation de la demande de personnes qui, n'ayant pas la qualité de successibles, n'ont pas vocation à recueillir les droits du défunt revient à leur accorder un droit d'action, non plus

³ Ass. Nat., *JO Débats*, 4 oct. 2001, p. 5589.

comme continuateur de la personne décédée, mais en réparation de leurs préjudices personnels en tant que victime indirecte. Pourtant, la loi du 4 mars 2002 n'ayant retenu un droit à réparation dans le cadre du règlement amiable qu'au seul bénéfice de la victime directe, elle est la seule à pouvoir exercer le droit d'action et obtenir réparation ; en cas de décès, seuls ses droits sont transmis et ils ne le sont qu'à ceux qui sont ses continueurs au regard des règles du code civil en la matière.

Aussi, pour répondre à la question posée par les présidents de CRCI de savoir à quelle notion d'ayant droit se réfère la loi du 4 mars 2002, est-il nécessaire d'examiner successivement les règles de transmission à cause de mort du code civil, puis celles du droit de la sécurité sociale qui confèrent un droit personnel au remboursement des prestations en nature aux membres de la famille en raison du lien qu'ils ont avec l'assuré social ; cette analyse permettra de mettre en évidence que, si une même personne est susceptible de cumuler ces deux qualités, chaque qualité ne confère de droits que dans la catégorie concernée, l'une ne pouvant se substituer à l'autre. Et dans la mesure où le droit de saisine de la CRCI comme le droit à réparation visés par le code de la santé publique sont transmis à la mort de son titulaire, la détermination des personnes qui sont ses ayants droit se fait par référence aux règles du code civil.

III.1.1 - La qualité d'ayant droit au titre des règles du code civil : la transmission à cause de mort des droits du défunt

Le contenu des droits transmis aux « ayants cause », « ayants droit » étant déterminé par l'étendue des droits de leur auteur, il y a lieu, avant de déterminer qui a cette qualité, d'en rappeler la consistance.

Neuf articles du code de la santé publique fixent les droits de la victime directe de l'accident médical et visent, lorsqu'elle est décédée, les « ayants droit » ; il s'agit des articles L. 1142-1 II, L. 1142-4 al. 1, L. 1142-7 al. 1, art. L. 1142-14 al. 1 et 2, L. 1142-15 *in fine*, L. 1142-17 al. 1 et 2, L. 1142-17-1, L. 1142-20, L. 1142-21 al. 2 CSP. Ces articles concernent le *droit à réparation* au titre de la solidarité nationale, le *droit d'être informé* sur les circonstances et les causes du dommage dû à l'accident, la *saisine de la CRCI*, l'*offre d'indemnisation* tant de l'assureur que de l'ONIAM et le *droit d'action en justice* sur le fondement soit d'une contestation de l'avis qui peut l'être « à l'occasion de l'action en indemnisation introduite devant la juridiction compétente par la victime... », soit d'une demande d'indemnisation au titre de la solidarité nationale. Ces énoncés concernent le droit à réparation de la victime directe de l'accident médical au titre de la solidarité nationale ainsi que le droit de saisine de la CRCI.

S'agissant du **droit à réparation de la victime directe de l'accident médical** au titre de la **solidarité nationale**, l'article L. 1142-1 II CSP prévoit que, lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé n'est pas engagée, un accident médical « ouvre droit à la réparation des *préjudices du patient* et, *en cas de décès*, de ses ayants droit ». Cet énoncé limite clairement l'indemnisation au patient qui subit le dommage dû à l'accident médical : seule la victime directe est titulaire de ce droit, son décès entraînant, conformément aux règles du droit commun, la transmission à cause de mort de ce droit.

S'agissant du **droit de saisine de la CRCI**, la formulation « personne s'estimant victime » peut sembler large, sous-entendant que plusieurs catégories de personnes pourraient recourir aux CRCI pour demander réparation de leurs préjudices ; toutefois, il ne semble pas que tel soit le cas, pour au moins deux raisons :

1°- le projet de loi a retenu cette expression pour marquer le doute existant sur la reconnaissance du droit à indemnisation de la victime tant que l'affaire n'a pas été examinée ; le doute ainsi exprimé ne porte pas sur la détermination de qui peut ou non être considéré comme une victime, mais bien sur la qualité de victime indemnisable de la personne ayant fait l'objet d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, qui dépend de la réunion des conditions d'indemnisation des conséquences dommageables de l'accident ;

2°- le législateur ayant délibérément entendu limiter l'accès de la CRCI à la seule victime d'accident médical grave, la saisine de la CRCI n'est recevable que lorsque les dommages qu'elle a subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1 CSP ; elle seule est titulaire de ce droit, ce dernier, si elle décède, étant transmis à cause de mort.

Cette analyse est confortée par les dispositions relatives à **l'offre d'indemnisation** ; elle est faite à la victime, c'est-à-dire la personne souffrant du dommage corporel dû à l'activité médicale ; aussi est-elle calculée en évaluant chaque chef de préjudice engendré par le dommage corporel subi par cette dernière, diminuée de l'ensemble des prestations indemnitaires déjà perçues, notamment les prestations en espèce et en nature versées par la sécurité sociale (arts. L. 1142-14 al. 2 et L. 1142-17 al. 1 et 2 CSP). Cette offre d'indemnisation est également transmise à cause de mort si la victime de l'accident médical est décédée.

Tels sont, aux termes de l'ensemble de ces énoncés, les droits dont **la victime directe** est titulaire et qui, **si elle est décédée**, sont transmis à cause de mort, d'où la référence dans plusieurs énoncés aux « ayants droit » en *cas de décès de la victime*. On l'a déjà dit, si le code civil n'a longtemps utilisé que la seule expression d'« ayant cause », les textes récents, notamment la loi n° 2001-1135 du 3 décembre 2001 relative aux droits du conjoint survivant et des enfants adultérins et modernisant diverses dispositions de droit successoral, se réfèrent dorénavant à l'« ayant droit ». Ces deux expressions ont, dans le code civil, le même sens et désignent la situation juridique de *la personne qui tient son droit d'une autre* appelée « auteur », ce dernier transmettant un droit (voire une obligation) à quelqu'un d'autre.

Tel est bien le cas de ceux à *qui est transmis* le droit du patient décédé de demander, devant une CRCI, réparation d'un accident médical dont il est victime. Ce sont *les règles en matière de successions* qui permettent d'établir cette qualité ; elle est reconnue aux **continueurs de la personne du défunt** qui sont ses « ayants cause, ayants droit », c'est-à-dire **ses successeurs légaux**, aussi bien les **héritiers** (qualité déterminée par la loi dont les différentes catégories sont fixées par les articles 731 à 768 du code civil) que les **légataires universels** et à **titre universel** (qualité qui dépend d'une disposition testamentaire de la part du testateur selon l'article 1003 du code civil). Celle-ci dépend de la situation du patient

décédé, selon qu'il a ou non des héritiers réservataires, qu'il a ou non désigné des légataires, etc..

Deux cas de figure doivent être distingués :

1°- **le patient a saisi la CRCI avant son décès** : les successeurs continuant la personne du défunt recueillent les différentes créances de réparation nées en la personne du décédé ; il s'agit de la créance pour les préjudices soufferts entre le moment de l'accident et le moment de sa mort, de la créance réparant les préjudices économiques (tous les frais médicaux et paramédicaux engagés par la victime, toutes les dépenses rattachées à l'accident, toutes les pertes de revenus subies) ainsi que de la créance réparant les préjudices non économiques, tels que *pretium doloris*, préjudice esthétique, préjudice d'agrément. La répartition du patrimoine est ensuite fonction des catégories de successeurs, héritiers et légataires ; leurs droits sont établis en tenant compte de l'existence ou non d'héritiers réservataires, les règles du code civil prenant en outre en considération les ordres d'héritiers (arts. 734 à 740 du code civil) et les degrés (arts. 741 à 750 du code civil) ;

2°- **le patient n'a pas saisi la CRCI avant son décès** : les catégories de personnes susceptibles de saisir la CRCI, venant en représentation du défunt, sont les mêmes que celles indiquées précédemment ; ce sont donc les successeurs qui ont cette qualité, sachant que si la demande aboutit à une indemnisation, son montant sera inscrit à l'actif de la succession et partagé entre les différentes catégories de successeurs en présence.

Depuis la réforme de la loi n° 2001-1135 du 3 décembre 2001, sont des successeurs ayant la qualité d'héritiers les parents (ascendants, descendants, collatéraux) et le conjoint survivant du défunt. Ni le concubin (art. 515-8 du code civil), ni la personne pacsée (art. 515-1 du code civil) n'ont la qualité d'héritier ; cependant, l'un comme l'autre peuvent être désignés comme légataire universel (art. 1006 du code civil) ce qui leur confère la qualité d'« ayant cause-ayant droit ».

C'est donc **pour le concubin ou la personne pacsée** que se pose la question de savoir s'ils peuvent ou non saisir la CRCI ; la réponse dépend de *leur qualité de successeur*, elle-même *dépendant de leur désignation comme légataire*. Le concubin ou la personne pacsée qui a la qualité de légataire, qu'il soit ou non en concours avec des héritiers réservataires – c'est-à-dire des ascendants et descendants en ligne directe – peut exercer le droit d'action du patient décédé ; si les conditions du droit à réparation sont réunies, la créance d'indemnisation sera versée au patrimoine de la succession dont le partage se fera selon les règles indiquées *supra*.

On peut donc conclure que, *s'il est légataire universel, le concubin survivant ou la personne pacsée survivante a la qualité d'« ayant cause / ayant droit »* à l'instar du conjoint survivant héritier réservataire, des ascendants et des descendants. **Ce n'est donc pas le fait d'être concubin ou personne pacsée qui permet d'exercer les droits du défunt, mais celle d'héritier ou de légataire**, car elle seule confère aux personnes concernées la qualité juridique de continuateur du défunt. Faute d'être légataire universel, le concubin survivant ou la personne pacsée survivante ne peuvent pas saisir la CRCI. Toutefois, certains présidents

semblent admettre l'action du concubin, non pas en cette qualité, mais en tant qu'ayant droit bénéficiant des prestations de sécurité sociale, à la fois au titre de la transmission à cause de mort, mais aussi comme victime indirecte demandant réparation des préjudices personnels engendrés par l'accident subi par le patient.

III.1.2 - La qualité d'ayant droit au titre du code de la sécurité sociale : la reconnaissance d'un droit personnel au remboursement des prestations en nature en raison d'un lien familial

Le code de la sécurité sociale reconnaît à l'assuré social, quel que soit son régime d'affiliation, un droit à des prestations en nature qui assurent le remboursement, total ou partiel, de certains frais médicaux engagés par l'assuré à l'occasion d'une maladie ou d'un accident non professionnel ; il reconnaît **ce même droit aux membres de la famille de l'assuré social désignés dans de nombreux textes** (par exemple arts. L. 161-14, L. 161-25-2 du code de la sécurité sociale) **sous le terme d'« ayant droit »**.

La couverture de ces prestations a un caractère familial, *le fait d'être à la charge de l'assuré social ouvrant le bénéfice de ces droits*. L'ayant droit se voit reconnaître un *droit personnel* du fait d'un lien familial avec une autre personne. Ont notamment la qualité d'ayants droit, au titre de « membre de la famille » selon l'article L. 313-2 du code de la sécurité sociale : le conjoint de l'assuré (même séparé de fait ou de corps), le concubin à la charge effective et permanente, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), à condition de ne pas bénéficier d'un régime obligatoire de sécurité sociale, de ne pas exercer une profession libérale... Dans le cas des concubins, une déclaration sur l'honneur disant que l'on est à la charge effective et permanente de l'assuré doit être faite tous les ans.

Parce qu'il s'agit d'un **droit personnel**, le conjoint, le concubin qui est à la charge effective, totale et permanente de l'assuré social avec lequel il vit, le partenaire lié par un PACS sont ayants droit autonomes, ce qui leur permet de bénéficier personnellement du remboursement des frais.

Ont également cette qualité : les enfants (« légitimes », « naturels », adoptés ou recueillis) et qui sont à la charge de l'assuré social jusqu'à 16 ans (ou jusqu'à 20 ans s'ils sont à la recherche d'un emploi), ou s'ils sont dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique ou s'ils poursuivent leurs études (sauf régime étudiant ou apprentis) ; les ascendants, descendants, alliés ou collatéraux jusqu'au troisième degré, à condition qu'ils vivent sous le toit de l'assuré social et qu'ils se consacrent aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré social ; enfin toute personne vivant sous son toit depuis au moins 12 mois et se trouvant depuis plus d'un an à sa charge exclusive et permanente (une seule personne par assuré social peut être ayant droit d'un assuré social). Les enfants étudiants âgés de 16 à 20 ans sont automatiquement des ayants droit autonomes et bénéficient, comme le conjoint, le concubin ou le partenaire pacsé, du remboursement personnel des prestations.

Ces différentes catégories de personnes qui sont titulaires d'un **droit propre** sont **des ayants droit au regard du code de la sécurité sociale**. Le conjoint, le concubin, le partenaire pacsé, les enfants, les ascendants, à qui la qualité d'ayant droit est reconnue par ce

code, **sont titulaires d'un droit au remboursement des prestations en nature**. Cette qualité ne leur ouvre de droits que dans ce cadre, mais **ne leur confère pas celle de successeur** nécessaire pour pouvoir agir en tant que continuateur de la victime directe de l'accident médical en cas de décès de cette dernière. En effet, *chaque qualité* doit être examinée *au regard de la cause juridique de la situation* qui n'est pas identique : dans un cas, droit personnel ouvert par un texte spécial aux termes duquel l'assureur social reconnaît aux ayants droit les mêmes droits qu'à l'assuré social, dans l'autre, droits du défunt transmis selon les principes civilistes des successions. Et s'agissant tant du droit d'action que du droit à réparation en cas de mort de la victime de l'accident médical, ce sont ces dernières règles qui s'appliquent.

III.1.3 - La détermination de la qualité d'ayant droit de la victime directe de l'accident médical se fait par référence aux règles du code civil

Les énoncés de la loi du 4 mars 2002 qui utilisent le terme d'ayant droit font tous référence au décès de la personne malade dont l'effet est dévolutif ; ainsi qu'il a été précisé *supra*, les droits dont elle était titulaire sont transférés à cause de mort à un certain nombre de personnes qui sont ses ayants droit successeurs. Et dans ce cas, ont cette **qualité les successeurs** de la personne décédée.

Cette même question s'est posée également « *en cas de décès du malade* » pour « *l'accès de ses ayants droit à son dossier médical* » prévu à l'article L. 1111-7 al. 6 CSP, lorsque les informations le concernant leur sont nécessaires notamment pour faire valoir leurs droits. Confrontée aux premières difficultés rencontrées par les hôpitaux dans l'application de la loi du 4 mars 2002 en matière d'accès au dossier médical du patient, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) dans son rapport pour l'année 2003 « a eu l'occasion de rappeler dans de nombreux avis et conseils ce qu'il fallait entendre par la notion d'ayant droit : il s'agit, *conformément au code civil, de tous les successeurs légaux du défunt* »⁴.

La CADA a pris le soin de préciser que l'existence de liens de parenté ne conférait pas *ipso facto* la qualité d'ayant droit. Ainsi, donne-t-elle l'exemple du rejet de la demande d'une personne d'accéder au dossier médical de sa sœur, car celle-ci ayant un fils, seul ce dernier peut se prévaloir de cette qualité⁵, conformément à la règle de l'article 743 du code civil selon laquelle « dans chaque ordre, l'héritier le plus proche exclut l'héritier plus éloigné en degré » ; elle cite également la situation du concubin ou du compagnon pacsé⁶ qui n'ont la qualité d'ayant droit que s'ils sont légataires, la relation de concubinage comme le pacte civil de solidarité ne conférant pas à elle seule cette qualité.

Les difficultés d'appréciation demeurant, notamment pour le compagnon survivant non marié, la notion d'ayant droit a été récemment définie par l'arrêté du 3 janvier 2007 « portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et

⁴ CADA, *Rapport d'activité de l'année 2003*, p. 6, www.cada.fr

⁵ CADA, *Rapport d'activité de l'année 2003*, p. 64.

⁶ CADA, *Rapport d'activité de l'année 2003*, p. 60 et 66.

notamment l'accompagnement de cet accès »⁷ ; il précise, dans son article 1, que « le vingt-deuxième alinéa de l'annexe de l'arrêté du 5 mars 2004 susvisé est ainsi rédigé : « en ce qui concerne la portée de la qualité d'ayant droit, *il s'agit dans tous les cas des successeurs légaux, conformément au code civil*, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé ».

Ainsi, en cas de décès de la personne malade, qu'il s'agisse du droit d'accès au dossier médical ou du droit d'action devant la CRCI, la qualité d'ayant droit est dépendante de celle de successeur ; il s'agit, conformément au code civil, des héritiers et des légataires universels et à titre universel. On rappellera que cette qualité est fonction de la configuration de la succession, notamment parce que les héritiers les plus proches du défunt excluent les héritiers plus éloignés et que *les liens affectifs sont insuffisants à déterminer la qualité de successeur*, ce qui est notamment le cas du concubin ou du compagnon pacsé non légataire.

Aussi, la qualité d'ayant droit au titre de la sécurité sociale ne confère-t-elle pas la qualité d'ayant droit au titre des successions. Que **le code de la sécurité sociale ouvre un droit personnel** à ses titulaires **en matière de prestations en nature, ne peut avoir pour effet de leur reconnaître la qualité d'ayant droit au sens du code civil**. D'une part, le décès entraînant transfert des droits du patient victime de l'accident médical, ne peuvent les recueillir que ceux auxquels la loi civile les transmet ; d'autre part, le fait d'avoir la qualité d'ayant droit en matière de sécurité sociale ne saurait avoir pour effet la reconnaissance d'**un droit personnel dans un champ étranger à cette dernière** : ainsi les membres de la famille cités *supra* n'acquièrent pas pour autant un droit personnel à la réparation de leurs préjudices propres du fait de l'accident médical. Alors que la loi du 4 mars 2002 n'a pas prévu la réparation des préjudices des victimes par ricochet d'un accident médical, cette possibilité ne saurait être reconnue de manière obviée grâce à une interprétation détournée, consistant à admettre l'action personnelle de la victime par ricochet au prétexte de sa situation d'ayant droit au regard de la sécurité sociale.

La double qualité éventuelle permet de revendiquer des droits dans chaque catégorie de situations, mais elle exclut qu'une qualité à un titre la confère *ipso facto* à l'autre titre, alors que la cause juridique de cette situation n'est pas la même.

En conclusion, la CNAM constatant que **le terme « ayant droit » utilisé dans les dispositions relatives au règlement amiable des accidents médicaux** est systématiquement lié aux effets du décès de la victime de l'accident médical, en déduit qu'il convient de l'entendre dans le sens de **successeurs légaux** tels qu'ils sont déterminés par le code civil. Elle suggère que les CRCI vérifient la qualité d'héritier ou de légataire, la preuve se faisant au moyen de la copie de l'acte de notoriété s'il est établi par le greffier en chef du tribunal d'instance dans le ressort duquel la succession est ouverte ou par l'expédition de l'acte de notoriété s'il a été établi par un notaire⁸ pour attester de cette qualité. Pour les légataires, il est recommandé qu'elles vérifient que l'acte de notoriété vise les documents faisant des libéralités à cause de mort.

⁷ Journal Officiel du 16 janvier 2007

⁸ Conformément aux préconisations de la *Circulaire du Ministère de la Justice n° 73-07/C1/5-2/GS du 29 mai 2007 relative à la réforme des successions et des libéralités*, www.textes.justice.gouv.fr

Elle relève qu'en l'état actuel des dispositions légales, les victimes indirectes ne peuvent pas saisir la CRCI de la réparation de leurs préjudices personnels, alors qu'un tel droit d'action leur est reconnu devant les tribunaux. Elle constate que cette disparité constitue une limitation pour ces personnes de recourir à la voie amiable ; elle estime qu'il serait utile de réfléchir aux moyens susceptibles de mettre fin à de telles disparités.

III.2 - Les propositions de la CNAM pour les délais

Selon la loi, « *l'avis de la commission régionale est émis dans un délai de six mois à compter de sa saisine* » (art. L. 1142-8 CSP). Toutefois, il a été mis en évidence (cf. Partie I du présent rapport) que ce délai n'était globalement pas respecté, puisque les « conclusions positives après expertise » (qui sont des *avis* au sens du premier alinéa de l'article précité) **sont rendues en moyenne dix mois après que le dossier eut été considéré comme complet**, ce délai moyen approchant même seize mois pour la CRCI d'Île-de-France. La discussion sur les différents types de conclusion des dossiers ne sera pas reprise ici (cf. I.3.3), sauf à rappeler, d'une part, que les délais des « conclusions négatives après expertise » sont du même ordre de grandeur que ceux des « conclusions positives après expertise », contrairement à ceux des « conclusions négatives sans expertise » qui sont nettement plus courts et, d'autre part, que la proportion de ces dernières a régulièrement diminué au fil des années, ce qui est susceptible d'allonger la moyenne des délais calculés à partir de tous types de conclusions. Il convient donc de faire des propositions, 1° pour l'ensemble des CRCI, 2° pour ramener les délais de la CRCI d'Île-de-France dans la moyenne des autres CRCI.

III.2.1 - Le délai des avis de l'ensemble des CRCI

Le législateur, souhaitant répondre à « la demande de l'opinion de voir traitée la réparation des accidents médicaux de manière plus rapide »⁹, a limité l'accès des CRCI aux victimes des accidents médicaux les plus graves. En privilégiant ces derniers, il a pensé que leur traitement pourrait se faire dans le délai de six mois, sans avoir au préalable vérifié si ce délai était raisonnable. Alors qu'on pouvait en douter, puisque le système mis en place est réservé aux accidents graves, la faisabilité du respect de ce délai n'a pas fait l'objet d'une évaluation préalable. Or, les affaires traitées par les CRCI étant généralement complexes, soumises à expertise et à l'avis d'une commission qui se réunit périodiquement, force est de constater que l'objectif de qualité est en contradiction avec le délai imparti.

⁹ C. Evin, B. Charles et J-J Denis, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Titres III et IV*, préc., p. 7.

Les présidents se sont gardé de toute solution de facilité, tenant régulièrement les demandeurs informés de la progression de leur dossier, notamment en cas de difficulté. Ceci est d'autant plus important que certains retards ne sont pas imputables au fonctionnement des CRCI ou aux experts, mais à l'envoi par les demandeurs de pièces s'avérant indispensables au cours de l'instruction du dossier.

En tout cas, si les pouvoirs publics souhaitent privilégier le respect de la règle fixée par la loi, sauf à modifier en profondeur le dispositif et ses moyens de fonctionnement, la proposition la plus réaliste serait de faire concorder le délai légal avec le fonctionnement réel, c'est-à-dire d'augmenter la limite supérieure du délai. Il convient à ce sujet de ne pas confondre limite supérieure et délai moyen. Le délai moyen actuel augmenté d'un écart-type se situe aux alentours de quinze mois, hors CRCI d'Île-de-France.

L'inconvénient d'une telle modification pourrait être de diminuer la pression de production pour les CRCI, avec un risque d'allongement du délai moyen. Une telle modification devrait donc s'accompagner d'un suivi régulier d'indicateurs fiables permettant de vérifier l'absence de dérive ou de la corriger rapidement. De tels indicateurs apparaissent au demeurant indispensables, indépendamment de la question de la modification du délai légal de l'avis.

Un des objectifs du groupe de travail sur l'harmonisation du dispositif d'indemnisation (*cf.* deuxième partie du présent rapport, II.1) est de fiabiliser le recueil d'informations dans la base de données informatique que les CRCI partagent avec l'ONIAM. Outre la construction d'indicateurs validés d'un commun accord avec la CNAM, ce travail vise à mieux identifier les étapes constituant un « goulet d'étranglement », de façon à pouvoir apporter des mesures correctrices en temps utile. De ce point de vue, **il serait utile que les données fournies par la CNAM et par l'ONIAM reposent sur des modalités de recueil communes**, de façon à faciliter leur analyse par les autorités de tutelle. A cet égard, plusieurs éléments sont à considérer :

- le recueil sur des périodes différentes des données par l'ONIAM (deux semestres dont le premier débute au 1^{er} janvier) et par la CNAM (une année débutant au 1^{er} mai) est très préjudiciable à un suivi rigoureux ; **les périodes de recueil mériteraient donc d'être uniformisées**, ce que les textes en vigueur ne permettent pas ;
- la validation de ces données est nécessaire : actuellement seules celles adressées annuellement à la CNAM par les présidents de CRCI le sont, par ces derniers ; **une validation plus fréquente entre juristes des CRCI et l'ONIAM serait utile** au renforcement de la fiabilité des données fournies par l'outil informatique ;
- les délais de chaque catégorie de conclusions constituent des indicateurs plus rigoureux et simples à analyser que l'agrégation des délais des différentes catégories. **S'il fallait ne retenir qu'un seul de ces délais, mieux vaudrait utiliser celui des « avis ».**

III.2.2 - La situation particulière de la CRCI d'Île-de-France

L'analyse fournie dans la première partie du présent rapport (*cf.* première partie I.3.3) montre l'existence d'une inégalité des délais sur le territoire métropolitain, essentiellement en raison des délais particulièrement longs de la CRCI d'Île-de-France. L'ONIAM a modifié la

répartition des CRCI et des moyens entre les pôles interrégionaux siégeant à Bagnolet, réduisant le nombre des CRCI du pôle comprenant l'Île-de-France et rattachant d'autres CRCI à Bagnolet-Ouest. Toutefois, l'étouffement de la CRCI d'Île-de-France apparaît comme une conséquence logique du nombre d'habitants dans cette région (cf. I.2.1, figure 2 et annexe n° 4) et de la création par la loi d'une CRCI par région sans envisager d'exception : « Dans chaque région, une commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux... » (art. L. 1142-5 CSP). La constatation de difficultés qui en résultent justifie une adaptation de la loi ou sa réinterprétation après quelques années d'observations concordantes. Dans la mesure où les modifications d'organisation sont récentes, l'évaluation du résultat avec les indicateurs précédemment indiqués peut être proposée, cependant que la création d'une ou plusieurs formations supplémentaires pour l'Île-de-France se doit d'être étudiée. Ce ne sont en effet pas seulement les présidents et leurs collaborateurs qui sont concernés, mais bien l'ensemble de la commission, dans sa collégialité. Si la fréquence hebdomadaire des réunions a permis de résorber les dossiers en attente, il est difficile d'imaginer qu'une telle organisation, qui repose sur le bénévolat, puisse durablement fonctionner ainsi.

Plus précisément, plusieurs voies sont envisageables :

- *la création d'une nouvelle CRCI pour l'Île-de-France*

Utilisant largement les suppléants de l'actuelle, qui se verrait dotée d'autres suppléants, elle pourrait ainsi fonctionner sans que la période d'assimilation des procédures ne soit trop longue. Un secrétariat commun répartirait les dossiers. Il y a lieu de rechercher des membres volontaires, mais les ressources ne devraient a priori pas manquer dans cette région de 11,5 millions d'habitants ;

- *la création de plusieurs sections de la même CRCI*

Des modalités relativement similaires peuvent être proposées. Fonctionnellement, le résultat devrait être le même et le choix entre les deux solutions est donc ouvert ;

- *le travail en formation restreinte*

Les dispositions réglementaires actuelles permettent de rendre des avis en présence de sept membres seulement. Il pourrait dès lors être envisagé donc de convoquer moins de participants pour chaque réunion. Toutefois, outre que le quorum pourrait occasionnellement ne pas être atteint, conduisant à des annulations et une démotivation des membres, le respect des équilibres entre les différentes catégories représentées, voulu par le législateur, serait difficile à assurer. Il est facile de prévoir les critiques qui en résulteraient, fondées sur un fonctionnement différent de celui des autres CRCI, ce que la CNAM doit veiller à éviter. Cette solution n'est en conséquence pas retenue ;

- *l'augmentation du nombre de suppléants*

Permettant de répartir les tâches sur un plus grand nombre de membres, cette proposition aurait pour principal inconvénient de rendre aléatoire le suivi des dossiers par les membres, irrégulièrement présents. Mieux vaut éviter le risque de voir ainsi décrédibilisé le

fonctionnement de la CRCI qui a à traiter le plus grand nombre de dossiers. Cette solution n'est en conséquence pas retenue, contrairement aux deux premières, qui permettent un meilleur suivi longitudinal des dossiers par les membres ;

- *l'attribution de dossiers à des CRCI moins surchargées*

Introduisant une disparité de traitement parmi les victimes, certaines se voyant contraintes de se déplacer en dehors de la région parisienne contrairement à d'autres, cette solution ne peut non plus être retenue.

Le fait d'évoquer cette hypothèse soulève cependant la question inverse, qui est celle des CRCI de régions relativement peu peuplées, ayant un faible nombre de dossiers à traiter. Ceci n'apparaît pas avoir entraîné d'allongement des délais, mais peut rendre difficile la familiarisation de leurs membres avec les procédures et le maintien de ce niveau lorsque les réunions et les affaires sont peu nombreuses. Des regroupements pourraient être envisagés, qui nécessitent toutefois de prendre en compte préalablement l'accroissement des difficultés de déplacement des victimes qui en résulterait.

En conclusion, les solutions proposées sont, soit **la création d'au moins une autre CRCI en Île-de-France**, soit **la création de plusieurs sections pour cette commission**, pour tenir compte du nombre très élevé d'affaires à traiter par une seule formation et raccourcir les délais anormalement longs qui en résultent.

III.3 - Les propositions de la CNAM pour la désignation d'experts

Les désignations d'experts pour des dossiers relativement comparables ont été analysées dans la deuxième partie du présent rapport (*cf.* deuxième partie II.2). Elles apparaissent satisfaisantes pour les dossiers pour lesquels la discipline en cause est simple à déterminer par le Président ou le juriste qui l'assiste et lui soumet une proposition. Ce n'est, en revanche, pas le cas dans certains dossiers où un regard médical entraîné semble nécessaire, cependant que les solutions adoptées apparaissent très différentes d'un pôle interrégional à l'autre.

Ces constatations conduisent la CNAM à faire la proposition suivante : plutôt que de ne faire appel éventuellement à un médecin qu'en cas de doute, il y a lieu de systématiser le recours à un vacataire médecin expérimenté pour repérer au sein de l'ensemble des dossiers traités par une CRCI ceux qui sont complexes, afin de permettre la désignation des catégories d'experts compétents (aussi bien au regard de la spécialité concernée que de l'évaluation du dommage subi). Une telle mesure est susceptible de se substituer utilement aux dispositions de l'article R.1142-14 CSP relatives à l'expertise préalable et finalement très peu utilisées (*cf.* première partie I.2.2).

III.4 - Les propositions de la CNAM relatives à la nomenclature Dintilhac

Les experts commencent à évaluer les postes de préjudices en fonction de la nouvelle nomenclature. Les cours d'appel commencent à indemniser les victimes - y compris en matière de responsabilité médicale - à l'aide de la nomenclature Dintilhac. Les assureurs procèdent également de cette manière. L'ONIAM vient de prendre la même option.

La CNAM pense donc qu'il serait déraisonnable de rester sur des positions d'évaluation et donc d'indemnisation ne correspondant plus à la demande présentée par les victimes ou aux offres faites par les assureurs ou l'ONIAM. C'est pourquoi, en séance plénière du 27 novembre 2007, la CNAM a décidé d'adopter cette nomenclature et d'adapter la mission qu'elle recommande aux CRCI en fonction de cette nouvelle nomenclature ainsi que le livret destiné à l'expert.

Ainsi, l'adoption de la nomenclature Dintilhac permet-elle également de pouvoir adapter les caractères de gravité permettant l'entrée dans le processus du dispositif prévu par la loi du 4 mars 2002, en ce que ces déficits fonctionnels temporaires concernent toutes les victimes d'un événement dommageable, qu'elles aient ou non une activité professionnelle.

La CNAM a proposé la modification de l'article D.1142-1 du code de la santé publique afin de faire apparaître les deux volets de cette période temporaire avant consolidation que sont le déficit fonctionnel temporaire d'une part et l'arrêt temporaire des activités professionnelles d'autre part.

Le décret deviendrait ainsi dans la rédaction de son premier paragraphe : « *Un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale présente également un caractère de gravité mentionné à l'article L 1142-1, lorsque la **durée du déficit fonctionnel temporaire ou celle de l'arrêt temporaire des activités professionnelles** résultant de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale est au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois... »*

Par ailleurs, l'adoption du nouveau terme d'ApIPP en lieu et place de l'ancienne IPP ne modifie en rien les textes législatifs ou réglementaires, en ce que la définition de l'IPP et celle de l'ApIPP est la même et que c'est la définition de l'ApIPP qui a servi de base pour l'élaboration du barème annexé au décret de la loi du 4 mars 2002 pour établir les taux proposés.

Conscients cependant des difficultés d'application au quotidien de cette nomenclature, la CNAM se propose d'organiser une réunion avec les présidents des CRCI, afin d'élaborer avec eux une méthodologie la plus pragmatique possible permettant de respecter le souhait des initiateurs de cette nomenclature, à savoir le traitement égalitaire des victimes, rejoignant en cela l'une des missions de la commission qui est de veiller à l'application homogène du dispositif par les CRCI.

III.5 - Autres propositions

III.5.1 - Faciliter l'accès des membres de la CNAM aux avis des CRCI

Les deux derniers rapports de la CNAM avaient souligné l'importance pour les membres de la CNAM d'avoir accès aux avis des CRCI, afin de pouvoir accomplir la mission d'harmonisation que la loi a confié à la commission nationale ; le recours systématique à l'anonymisation des avis constitue une charge lourde pour les commissions régionales et risque, par ailleurs, de se révéler improductif si tous les noms sont remplacés par une lettre ou des points, surtout lorsqu'il y a plusieurs praticiens concernés.

Un article du projet de loi de simplification du droit répondait à ce souci, en complétant l'article L.1142-10 du code de la santé publique, mais la proposition de loi actuellement discuté au Parlement ne le reprend pas. La CNAM estime toujours nécessaire l'adoption de cette mesure.

III.5.2 - Conciliation

Les précédents rapports insistaient sur le rôle trop peu important de la conciliation qui constitue, pourtant, l'une des attributions des CRCI. La première partie du présent rapport (*cf.* I.2.7) continue de montrer le faible recours à une structure qui est ressentie avant tout comme une instance d'indemnisation.

La CNAM avait montré le manque de coordination entre les missions des CRCI, organismes insérés dans un processus amiable d'indemnisation de préjudices et, en même temps, chargés de faciliter les relations des malades et des professionnels de santé.

III.5.3 - Accompagnement des victimes

Dans le rapport 2004-2005, la CNAM soulignait l'intérêt qui s'attache à ce que les victimes puissent recevoir une double assistance, juridique d'une part, médicale, d'autre part. Cette question a fait l'objet d'une avancée, puisque l'ONIAM accorde maintenant une aide forfaitaire de 700 € aux victimes qu'il indemnise. Ceci laisse entière la question de l'aide à apporter aux demandeurs qui ne savent pas, par principe, l'issue qui en résultera. Tout en étant conscient de la nécessité d'épargner l'argent public, la CNAM souhaite qu'une réflexion soit menée sur ce point.

LE MOT DU PRÉSIDENT

Cette année a été marquée par un travail intense de toute l'équipe de la CNAM.

Bien sûr de ses membres qui, bien que chargés de responsabilités professionnelles par ailleurs, ont consacré beaucoup de temps à cette commission, pour participer à ses travaux, animer ses groupes de travail et de réflexion, rapporter les dossiers des candidats à la désignation comme experts. Cet engagement fort mérite d'autant plus d'être souligné que ces fonctions, pour prenantes qu'elles soient, sont bénévoles. Oui, l'Etat a de la chance de pouvoir ainsi puiser dans les compétences, l'énergie et l'enthousiasme de ceux qui ont choisi de le servir de manière désintéressée.

Travail intense également des fonctionnaires de la direction générale de la santé qui ont su pallier les moyens limités mis à leur disposition par un intérêt soutenu et une joie à servir que nous tenons à souligner.

Le mérite de chacun est d'autant plus notable que la loi de mars 2002 a mis en place un régime, certes novateur en faveur de l'accroissement des droits des victimes, ce qui est une avancée considérable, mais particulièrement complexe et délicat à mettre en œuvre, puisqu'il appelle la collaboration étroite des trois catégories d'organismes juridiques :

- une autorité administrative indépendante, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAM),
- vingt-cinq commissions administratives, sans personnalité juridique, présidées par des magistrats, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI),
- un établissement public administratif de l'Etat, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

L'intérêt primordial des victimes est, bien évidemment, qu'une parfaite cohésion soit instituée entre tous les organismes. Ceci exige une attention de tous les instants et un esprit toujours ouvert de chacun des partenaires.

La CNAM, sur laquelle repose, à titre principal, la mission de coordination de l'ensemble du dispositif, tient à souligner qu'elle a trouvé, dans les différents acteurs compétents, le meilleur esprit de service public.

Je tiens, à cet égard, à adresser, à chacun, le témoignage de cette cohésion pour servir au mieux la volonté du législateur.

La loi constituait un défi, car tout y était nouveau dans une matière encore à définir, face à des concepts imparfaitement cernés ; le défi a été relevé.

Certes, l'action est encore perfectible, les propositions faites dans ce rapport et les perspectives ouvertes le montrent. Mais, l'essentiel a été atteint : ouvrir une voie nouvelle à l'indemnisation des blessés de la vie médicale, une voie simple, gratuite et, même si des progrès restent à accomplir, beaucoup plus rapide que la voie contentieuse.

Dans ce succès, une part notable revient aux CRCI et à leurs présidents qui ont su innover, inventer pour donner vie à la loi, au contact étroit avec les victimes et leurs associations. Qu'elles trouvent ici l'expression de mon admiration pour l'œuvre accomplie.

Rien n'aurait été non plus possible sans le dynamisme que l'ONIAM, sous l'autorité de son président, le Professeur Claude HURIET, et de son directeur, M. Dominique MARTIN, n'a cessé d'insuffler à toutes les équipes de travail. Sans également l'esprit d'entente sur l'essentiel qui a prévalu entre cet établissement public et la CNAM.

Chacun, à la CNAM, à l'ONIAM et dans les CRCI, a servi ce qui porte un nom simple, mais beau dans sa simplicité : le bien public.

REMERCIEMENTS

Ce rapport est une œuvre collective et plusieurs membres de la CNAM y ont apporté leur actif concours. Qu'ils en soient remerciés. Mme HUGUES-BÉJUI, médecin et juriste, par sa parfaite connaissance du monde assurantiel et de celui de l'expertise, a eu, notamment, un rôle essentiel dans la concertation, l'élaboration et la mise au point du livret et de la mission de l'expert. Son dynamisme a joué un rôle majeur pour la prise en compte d'une nouvelle évaluation du préjudice.

Je tiens, enfin, à souligner que ce rapport n'aurait pas été possible sans la part essentielle prise par Mme le Professeur Dominique THOUVENIN et M. le Professeur André LIENHART. La profondeur de leurs analyses, l'ampleur de leur travail constituent la charpente même de ce rapport et la richesse de ses développements. J'ajoute que, tout au long de l'année écoulée, ils ont su tisser des liens nourrissants de travail avec les équipes des CRCI pour éviter toute discordance dans l'action. Qu'ils trouvent ici l'expression de mon admiration et de ma profonde gratitude.

La CNAM a également eu la chance de disposer, au sein de la direction générale de la santé, d'une équipe, certes restreinte, mais d'un dynamisme constant et communicatif. A sa tête, deux solides juristes, Mme Martine VASSAUX et M. Jacques CERDA, conseillers d'administration, puis M. CERDA seul, ont su animer, donner vie et agir pour que la loi soit appliquée pleinement avec intelligence et efficacité. Dans cette tâche, ils ont été parfaitement secondés par Mme Edith CHARBONNIER, secrétaire administratif, et Mme Nicole ROCHER, adjoint administratif.

Que chacun me sache pleinement reconnaissant de l'important travail accompli cette année.


Dominique LATOURNERIE

Président de la Commission nationale des accidents médicaux

ANNEXES

ANNÉE 2006 - 2007

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

→ entre le 1^{er} mai de l'année 2006 et le 30 avril de l'année 2007¹.

① Données sur le fonctionnement

1.1 - Composition de la commission²

1.2 - Mise en place administrative (pôle interrégional)

1.2.1 - Personnel

1.3 - Nombre annuel de réunions

1.4 - Nombre annuel de dossiers traités en séance³

1.5 - Nombre des membres présents (moyenne)

② Dossiers reçus

2.1 - Nombre de dossiers reçus (données annuelles)

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

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

2.1.1.1 - Par voie de règlement amiable

2.1.1.2 - Par voie de conciliation⁴

2.1.2 - Au titre d'un autre litige⁵

2.1.3 - Délai moyen entre le premier enregistrement de la demande et celui de la demande complète⁶
(au titre de l'indemnisation)

2.1.4 - Nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une double saisine de la commission et du juge⁷

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

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

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

2.2.3 - Motif de la conclusion négative sans expertise au fond⁸ :

2.2.3.1 - Constat de :

2.2.3.1.1 - Abandon (implicite)⁹

2.2.3.1.2 - Désistement (explicite)

¹ Pour les commissions qui ont changé de pôle interrégional au cours de cette période, dans un souci de cohérence il est demandé au magistrat qui en assurait la présidence jusqu'en mars 2007 de bien vouloir adresser les données de l'ensemble de l'année considérée.

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

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

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

⁵ Mise en cause de droits dont la personne malade est titulaire dans ses relations avec les professionnels et/ou les établissements de santé (par exemple : accès au dossier médical).

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

⁷ Que la procédure, incluant les référés, soit en cours ou terminée.

⁸ En cas de motifs multiples, n'en donner qu'un, considéré comme principal : le total des catégories du 2.2.3 est égal à la valeur du 2.2.2.

⁹ Silence du demandeur ou retour du courrier « NPAI ».

- 2.2.3.2 - Irrecevabilité pour :
 - 2.2.3.2.1 - Défaut de production de pièces requises (article R.1142-13, al. 3 et 4)
 - 2.2.3.2.2 - Absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic
 - 2.2.3.2.3 - Défaut de qualité à agir
- 2.2.3.3 - Incompétence due à :
 - 2.2.3.3.1 - Date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001
 - 2.2.3.3.2 - Seuil de gravité non atteint
- 2.2.3.4 - Rejet sans expertise au fond pour absence de lien avec l'acte en cause
- 2.2.4 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative sans expertise au fond

2.3 - Expertises au fond

- 2.3.1 - Nombre d'expertises au fond (hors dossiers ayant nécessité une réouverture) :
 - 2.3.1.1 - Nombre avec collège d'experts (hors sapiteurs)
 - 2.3.1.2 - Nombre avec expert unique (hors sapiteurs)
- 2.3.2 - Autres données
 - 2.3.2.1 - Nombre d'experts missionnés (hors sapiteurs)
 - 2.3.2.2 - *Nombre d'experts missionnés hors liste des experts en accidents médicaux ou liste des experts judiciaires (article L.1142-12, al. 2)*
 - 2.3.2.3 - Nombre d'expertises avec recours à un « sapiteur » (article L.1142-12, al. 7)
 - 2.3.2.4 - Domaine de compétence
 - 2.3.2.4.1 - Des experts missionnés^{10,11}
 - 2.3.2.4.2 - Des sapiteurs (si disponible)
 - 2.3.2.5 - Délais :
 - 2.3.2.5.1 - *Délais demandés*
 - 2.3.2.5.2 - Délais de réponse (moyenne)
 - 2.3.2.6 - Nombre d'expertises complémentaires ou de nouvelles expertises
 - 2.3.2.7 - Comparaison des numéros du département du lieu de l'accident médical¹² et de l'adresse de l'expert¹³ :
 - 2.3.2.7.1 - Nombre d'experts d'un autre département
 - 2.3.2.7.2 - Nombre d'experts du même département

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

- 3.1 - Demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond :
 - 3.1.1 - Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond
 - 3.1.2 - Motif de la conclusion négative après expertise au fond¹⁴ :
 - 3.1.2.1 - Constat de :
 - 3.1.2.1.1 - Abandon (implicite)¹⁵
 - 3.1.2.1.2 - Désistement (explicite)
 - 3.1.2.2 - Irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic
 - 3.1.2.3 - Incompétence due à :
 - 3.1.2.3.1 - Date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001
 - 3.1.2.3.2 - Seuil de gravité non atteint
 - 3.1.2.4 - Rejet après expertise au fond pour :
 - 3.1.2.4.1 - Absence de lien avec l'acte en cause
 - 3.1.2.4.2 - Accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa)

¹⁰ Dans la mesure du possible, utiliser pour cette liste les intitulés de la Commission nationale des accidents médicaux.

¹¹ Le total des catégories est égal à la valeur du 2.3.2.1.

¹² Si plusieurs lieux de soins successifs sont en cause, ce numéro est par convention celui du premier.

¹³ Professionnelle ou, à défaut, personnelle.

¹⁴ En cas de motifs multiples, n'en donner qu'un, considéré comme principal : le total des catégories du 3.1.2 est égal à la valeur du 3.1.1.

¹⁵ Cf. note 9.

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

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

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

3.2.2 - Critère de gravité pris en compte¹⁶ :

3.2.2.1 - Décès

3.2.2.2 - Taux d'IPP

3.2.2.3 - Incapacité temporaire de travail

3.2.2.4 - Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle :

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

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

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

3.2.4 - Part indemnisable :

3.2.4.1 - Nombre d'avis d'indemnisation totale

3.2.4.2 - Nombre d'avis d'indemnisation partielle

3.2.4.2.1 - En raison de l'état de santé antérieur

3.2.4.2.2 - En raison d'une perte de chance

3.2.4.2.3 - En raison d'une association des deux

3.2.5 - Régime d'indemnisation :

3.2.5.1 - Responsabilité :

3.2.5.1.1 - Accident médical fautif

3.2.5.1.2 - Infection nosocomiale avec IPP ≤ 25 %

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

3.2.5.1.4 - Produit défectueux

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

3.2.5.2 - Solidarité :

3.2.5.2.1 - Accident médical non fautif

3.2.5.2.2 - Infection nosocomiale avec IPP > 25 %

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

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

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

3.2.5.3 - Partage entre responsabilité et solidarité :

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

3.2.5.3.2 - Nombre sans régime prépondérant

3.3 - Ensemble des dossiers ayant donné lieu à une conclusion : Nombre¹⁷ et délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion, positive ou négative et, dans ce dernier cas, sans expertise au fond ou après celle-ci

3.4 - Dossiers ayant nécessité une réouverture¹⁸ :

3.4.1 - Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture¹⁹ :

3.4.1.1 - Pour consolidation

3.4.1.2 - Pour fait nouveau

3.4.1.3 - Pour aggravation

3.4.2 - Nombre d'expertises en consolidation et en aggravation demandées²⁰

¹⁶ En cas de critères multiples, ne donner par convention que le premier dans l'ordre indiqué : le total des catégories du 3.2.2 est égal à la valeur du 3.2.1.

¹⁷ Ce nombre est égal à la somme du 2.2.2, du 3.1.1 et du 3.2.1.

¹⁸ Si la conclusion « provisoire » est intervenue durant la période considérée, il convient de la compter également au 3.1 ou au 3.2.

¹⁹ Si ce nombre n'a pas été répertorié, ne renseigner que le 3.4.2.

²⁰ Ces expertises ne sont pas comptées au 2.3.1.

④ Conciliations

4.1 - Objet de la conciliation :

- 4.1.1 - Nombre de demandes concernant une indemnisation²¹
- 4.1.2 - Nombre de demandes concernant un autre litige²²

4.2 - Nombre de demandes de conciliation concernant une indemnisation²³ :

- 4.2.1 - Demandes transmises à un autre organisme
- 4.2.2 - Demandes traitées par l'ensemble de la commission
- 4.2.3 - Demandes traitées par un ou plusieurs membres de la commission
- 4.2.4 - Demandes traitées par un ou plusieurs médiateurs extérieurs

4.3 - Nombre de procédures de conciliation closes :

- 4.3.1 - Non-conciliations
- 4.3.2 - Conciliations partielles
- 4.3.2 - Conciliations totales

⑤ Rapport

5.1 - Analyse des demandes

5.1.1 - « Qualité » des demandes :

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

5.1.2 - Appréciation des formulaires

5.2 - Analyse des expertises

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

5.2.2 - Contenu - type de la mission d'expertise

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

5.2.4 - Nécessité d'un complément d'expertise

5.2.5 - Respect des délais

5.3 - Recours au barème

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

5.4 - Analyse des avis

5.4.1 - Critères de gravité retenus

5.4.1.1 - Si IPP, taux

5.4.1.2 - Si ITT, durée

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

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

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

5.4.4 - Problèmes juridiques d'interprétation des textes

5.4.5 - Respect du délai de 6 mois

5.5 - Suivi des avis

5.5.1 - Transactions

5.5.2 - Hypothèses de substitution de l'office

5.5.3 - Analyse des recours contentieux connus

5.6 - Autres questions

²¹ Aux demandes initiales de conciliation formulées au titre de l'indemnisation (cf. 2.1.1.2) s'ajoutent celles succédant à la conclusion négative d'une demande formulée à ce titre.

²² Cf. note 5.

²³ Le total des catégories du 4.2 est égal à la valeur du 4.1.1.

Annexe n° 2 : Données quantitatives de chaque CRCI

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Région	1.3 Réunions (n)	1.4 Dossiers /an	1.5 Présences	2.1.1.1 n Dos/ indemn.	2.1.1.2 conciliation	2.1.3 Délai (j) complet	2.1.4 double saisine	2.2.1 Expertise préalable	2.2.2 Concl. nég. sans exp	2.2.3.1.1 abandon
Alsace	7	76	14	72		28	2	5	7	
Aquitaine	11	203	14	162	1	47	3	1	60	
Auvergne	7	80	15	64	4	23	1		14	
Basse-Normandie	3	51	13	62	1	63	3	3	14	
Bourgogne	10	133	16	97	4	22	4		24	1
Bretagne	7	102	14	122	1	71	1	6	21	
Centre	4	90	13	89	2	40	3	5	19	
Champagne-Ardenne	6	90	13	71		26	4	7	5	
Corse	2	12	13	11		101			2	
Franche-Comté	5	57	13	66		21	9		9	
Haute-Normandie	6	54	15	72	1	65		2	16	2
Île-de-France	37	582	14	557	12	52	7	3	138	3
Languedoc-Roussillon	12	199	12	151	1	51	7		39	
Limousin	4	36	13	31	1	50		1	7	
Lorraine	10	185	14	158	1	23	8	7	19	
Midi-Pyrénées	8	120	16	138		48	4	2	37	
Nord - Pas-de-Calais	10	199	12	183	2	48	14	4	34	1
Pays de la Loire	5	100	14	119	1	61	5	7	29	
Picardie	4	75	15	76		38	6	1	14	1
Poitou-Charentes	6	77	15	58		45	2		23	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	311	12	315		97	16		74	
Rhône-Alpes	11	379	15	314	9	14	8	1	74	1
France métropolitaine	188	3211		2988	41		107	55	679	9
<i>moyenne pondérée</i>	9		14			48				
Guadeloupe-Martinique	1	17	8	26		78	3	1	5	
Guyane				3		31	1			
Réunion	1	22	13	5		6			6	
Total 2007	190	3250		3022	41	115	111	56	690	9

L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
2.2.3.1.2	2.2.3.2.1	2.2.3.2.2	2.2.3.3.1	2.2.3.3.2	2.2.3.4	2.2.4	2.3.1	2.3.1.1	2.3.1.2	2.3.2.1	2.3.2.2		
désistement	pièces	pas d'acte	date des faits	gravité	causalité ccl	nég sans expt	au fond (n)	collège	unique	% collège	(n)	hors liste	% hors liste
							Expertises						
							Expertises						
							au fond (n)						
							Délai (m)						
	2	4	4	1		2	47	34	13	72%	82	5	6%
4	7	5	5	43	1	2,8	139	86	53	62%	225	20	9%
1	1	1	1	12		0,7	43	11	32	26%	56	5	9%
	2	3	3	8	1	4,6	37	32	5	86%	38		
1	1	7	7	15		0,8	77	15	62	19%	94	8	9%
2	4	2	2	7	3	4	85	17	68	20%	96		
3		4	4	12		3,6	91	26	65	29%	118	2	2%
	1	2	2	1	1	4,1	49	28	21	57%	79	2	3%
	2	1	1	0		7,8	18	8	10	44%	27	12	44%
	2	2	2	4	1	3,1	50	27	23	54%	77	5	6%
1		3	3	7	3	3,3	40	21	19	53%	61	1	2%
1		21	21	57	56	3,4	347	155	192	45%	509	13	3%
	6	4	4	29		0,8	128	36	92	28%	164	37	23%
	2	2	2	2	1	2,6	25	10	15	40%	35	4	11%
2	5	4	4	8		3,4	112	71	41	63%	186	22	12%
7	7	1	1	22		2,6	123	68	55	55%	191	22	12%
1		18	18	13		3,5	206	97	109	47%	313	33	11%
4	5	2	2	15	3	3,8	92	10	82	11%	98		
	4	3	3	9	0	5,3	83	63	20	76%	103	12	12%
4	7	4	4	8		2,1	41	17	24	41%	58	5	9%
9	20	10	10	34	1	2	263	71	192	27%	336	96	29%
3	5	13	13	53		1,4	260	17	243	7%	277	12	4%
43	77	7	116	360	71	2,7	2356	920	1436	39%	3223	316	11%
			2	2	1	4,1	24	5	19	21%	29		
1		1	1	2	2	22,3	11	1	10	9%	12		
44	77	7	119	364	74		2391	926	1465		3264		

Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM
2.3.2.3	2.3.2.5.2	2.3.2.6		2.3.2.7	3.1.1	3.1.2.1.1	3.1.2.1.2	3.1.2.2.2	3.1.2.3.1	3.1.2.3.2	3.1.2.4.1	3.1.2.4.2	3.1.3
Délai (m)				% autre	Ccl nég.								
sapiteur moyen		Complément/	% nv exp	département	ap. expt.	abandon	désistemen	pas d'acte	date	gravité	causalité	Ni ni	Délai (m)
		3	6%	100%	35	1				13	16	5	8
5	4,7	3	6%	100%	39	1				19	10	10	10,8
3	4,3	4	9%	100%	23	1				3	1	18	9,7
2	5,3	3	8%	97%	16	1				3	6	6	12,3
9	4,1	14	18%	99%	29	1				7		22	7,6
8	4,5	4	5%	96%	26	2		2		8	4	10	11,3
6	4,3	4	5%	94%	26	1				10	12	3	10,7
1	3,7	8	16%	96%	37	3		1		11	13	9	9,3
2	5,6	2	11%	100%	3	1				1	1	1	11,9
2	4	5	10%	99%	14	1				3	5	5	9,3
4	4	3	8%	75%	13	2		1		5		5	10,2
4	5,3	41	12%	84%	175	3		18	2	65	38	49	15,7
10	5	16	13%	99%	59	1			1	21	33	3	9,1
2	5,3	14	7%	71%	14	1				7	2	5	14,3
1	4,3	8	7%	99%	75	1				34	12	28	8,4
2	5	8	7%	100%	25	1				12	4	8	11,5
8	3,5	1	1%	91%	53	1				19	21	11	9,3
3	4,6	4	4%	95%	28	3				8	2	14	11,4
3	3	1	1%	97%	19					8	9	2	6,9
1	4,1	4	10%	100%	14					8	3	3	7,9
19	5,3	35	13%	97%	106	8				43	50	5	10,4
16	4,7	21	8%	97%	114	4				26	5	79	8,2
108	4,6	185	8%	94%	943	5	31	19	6	334	247	301	10,7
1	4,1			86%	4					1	1	2	15,2
1	5,6	2		25%	6					4	2		15,5
110		187			953	5	31	19	6	339	250	303	

AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY
3.2.1	3.2.2.1	3.2.2.2	3.2.2.3	3.2.2.4.1	3.2.2.4.2	3.2.3	3.2.4.1	3.2.4.2.1	3.2.4.2.2	3.2.4.2.3	3.2.5.1.1
Ccl pos.	DC	IPP	ITT	emploi	existence	Délai (m) Ccl pos	Indemnisation / partielle: totale	état antér.	perte de ch:	les deux	accid. méd. fausif
22	1	3	10	1	7	7,5	20	2			7
83	10	28	35	4	6	9,8	66	14	3		16
23	3	7	9		4	7,1	19	3	1		5
17	3	4	3	2	5	14,9	16	1			4
39	11	12	14	1		8,5	29	6	4		7
40	4	11	13	2	10	10,1	36	2	2		12
34	6	12	10		6	12,2	24	6		4	7
29	4	7	13		5	9,5	26	2	1		5
5	1		1		3	11,8	3	1	1		2
23	3	10	7		3	8	18	4	1		5
21	3	4	12		2	8,6	17	1	2		5
208	49	57	68	1	33	16,5	156	25	27		68
60	14	16	13		17	10,3	41	8	11		21
12	2	4	5		1	10,5	9	3			3
62	10	11	28	1	12	9,5	58	2	2		15
39	10	7	18		4	9	27	12			5
88	27	24	26	3	8	9,1	68	18	1	1	19
33	9	11	11		2	10,7	28	3	2		7
36	8	9	12	2	5	10,4	30	4		1	14
28	5	6	12	1	4	9,1	15	12	1		4
85	16	23	19	4	23	10,3	75		10		20
110	27	21	44		18	9,9	72	21	15	2	24
1097	226	287	383	22	178	11,0	853	150	84	8	275
8	1	1	3	2	1	19,2	8				
6		3	2		1	15,9	5	1			1
1111	227	291	388	24	180		866	151	84	8	276

AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM
3.2.5.1.2 infect. noso. < 25% avant 12/02	3.2.5.1.3 produit défectueux	3.2.5.1.4	3.2.5.2.1 Aléa	3.2.5.2.2 infect. noso. > 25%	3.2.5.2.3 cause étrang. prépondérant	3.2.5.3 Partage prépondérant	...5.1.1 accid. mécatif fautive	...5.1.2 infect. noso. < 25%	...5.2.1 Aléa	...5.2.2 infect. nos > 25%	3.2.5.3.2 Partage non prépondérant	3.3.1 Concl	3.3.2 Délai (m)
4			11									64	7,2
16			40	4		2	1		1		5	182	7,3
1	2		11	2		1	1				1	60	6,8
5			7	1								47	11
3			24	4	1							92	6,2
7	1		12	1		3	3					87	9,1
1			16	3		8			4	2	2	79	10,2
5			16	1		1	1				1	71	8,9
			3									10	11
2			10	3		2	1		1			46	7,3
3	1		5	2		4		3	1		1	50	7,3
20	7	1	64	17		23	8	10	4	1	8	521	12,8
13	1		21	2		1	1				1	158	7,5
4			1	3							1	33	9,5
7			32	6		2	1		1			156	8,2
11			18	3							2	101	7,4
6			45	4	3	4			2		2	175	8,1
11	1	1	8			1	1					90	8,4
2			17			2	2		2		1	68	8,5
7			12	1		1					3	65	6,4
18			36	3		7					1	265	8,5
18			57	6		2	1			1	3	298	7,1
164	13	2	466	66	4	64	21	13	16	4	32	2718	8,9
5			2	1								17	15,6
1			4									18	17,5
170	13	2	472	67	4	64	21	13	16	4	32	2753	

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

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

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

Annexe n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux

Année : 2007

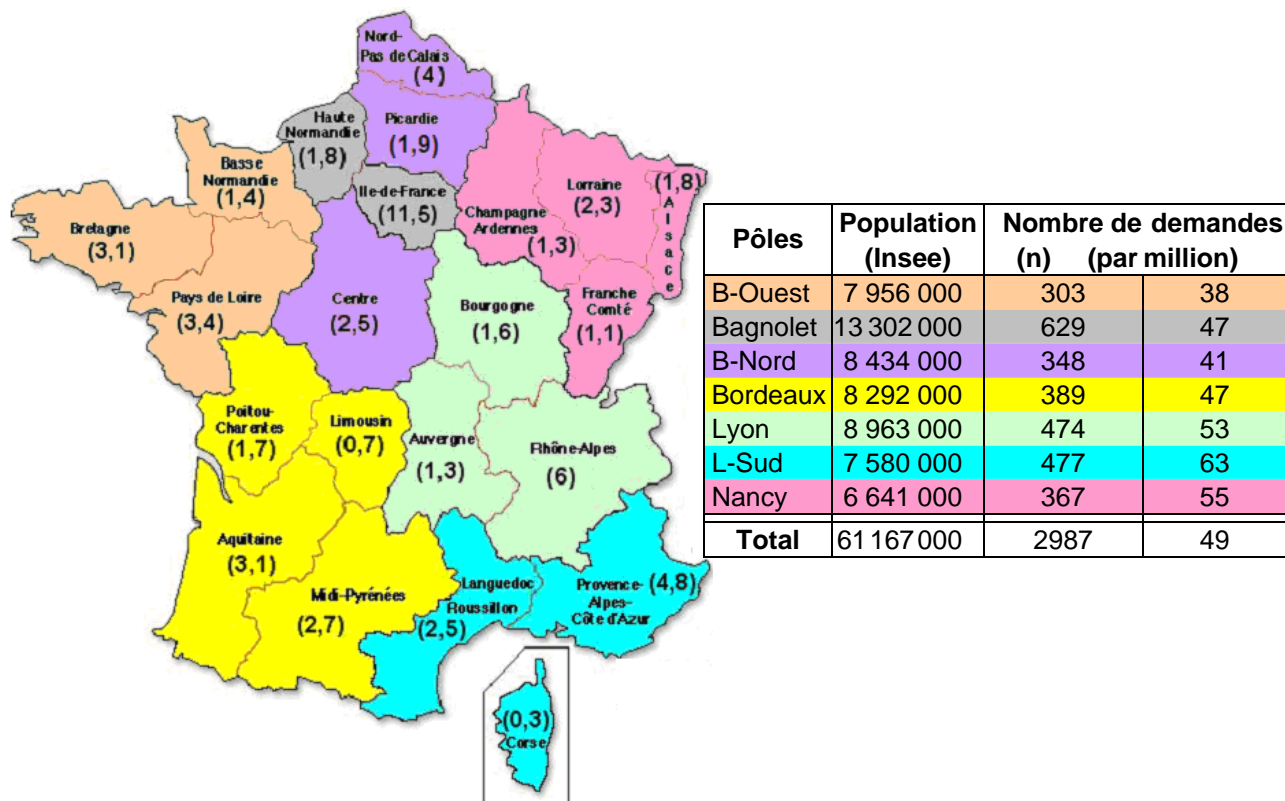
2006 2005 2004

Pôle	B-Ouest		Bagnolet		B-Nord		Bordeaux		Lyon		L-Sud		Nancy		Total ou	
		(n)														<i>moyenne</i>
Réunions	15	43	18	29	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	188
Dossiers reçus	303	629	348	389	475	477	367	475	477	367	475	477	367	475	477	2988
	3	13	4	2	17	1	1	2	17	1	1	1	1	17	1	41
	65	53	44	47	8	83	24	47	8	83	24	83	24	8	83	48
	9	7	23	9	13	23	23	9	13	23	23	23	23	13	23	107
	16	5	10	4	1	1	19	4	1	1	19	1	19	1	1	55
Conclusion négative sans expertise	64	154	67	127	112	115	40	127	112	115	40	115	40	112	115	679
	5	5	2	2	2	2	9	5	2	2	9	2	2	2	2	9
	6	2	4	15	5	9	2	15	5	9	2	9	2	5	9	43
	11	4	7	23	7	26	10	23	7	26	10	26	10	7	26	77
	3	2	2	1	1	1	7	2	1	1	7	1	1	1	7	7
	7	24	25	12	21	15	12	12	21	15	12	15	12	15	12	116
	30	64	34	75	80	63	14	75	80	63	14	63	14	80	63	360
	7	59	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	71
	4,0	3,4	3,9	2,6	1,2	1,7	3,2	2,6	1,2	1,7	3,2	1,7	3,2	1,2	1,7	2,7
délai (m) ccl nég sans expt	214	387	380	328	380	409	258	328	380	409	258	409	258	380	409	2356
	28%	45%	49%	55%	11%	28%	62%	55%	11%	28%	62%	28%	62%	11%	28%	39%
% collège	232	570	534	509	427	527	424	509	427	527	424	527	424	509	527	3223
experts	13	4	17	10	6	28	8	10	6	28	8	28	8	10	28	11%
% hors liste	4,7	5,2	3,6	4,8	4,5	5,2	4,0	4,8	4,5	5,2	4,0	5,2	4,0	4,5	5,2	4,6
sapiteur	5%	11%	1%	4%	10%	13%	9%	4%	10%	13%	9%	13%	9%	10%	13%	8%
délai moyen (m)	96%	83%	93%	98%	98%	98%	99%	98%	98%	98%	99%	98%	99%	98%	98%	94%
% complément/Nv	70	188	98	92	166	168	161	92	166	168	161	168	161	166	168	943
% même dépt	6	2	2	1	6	9	5	1	6	9	5	9	5	6	9	5
Conclusion négative après expertise	6	3	1	1	1	1	19	1	1	1	19	1	1	1	1	31
abandon	2	2	2	2	2	2	19	2	2	2	19	2	2	2	2	19
désistement	2	2	2	2	2	2	19	2	2	2	19	2	2	2	2	19
absence d'acte	19	70	37	46	36	65	61	46	36	65	61	65	61	65	61	334
date des faits	12	38	42	19	6	84	46	19	6	84	46	84	46	6	84	247
gravité	30	54	16	26	119	9	47	26	119	9	47	9	47	26	119	301
causalité	11,6	15,3	9,2	11,1	8,3	10,0	8,6	11,1	8,3	10,0	8,6	10,0	8,6	8,3	10,0	10,7
ni faute ni aléa	11,6	15,3	9,2	11,1	8,3	10,0	8,6	11,1	8,3	10,0	8,6	10,0	8,6	8,3	10,0	10,7
délai (m) ccl nég après expt	11,6	15,3	9,2	11,1	8,3	10,0	8,6	11,1	8,3	10,0	8,6	10,0	8,6	8,3	10,0	10,7
délai (m)	202	192	140	2661	3041	3241	19	57	12	19	57	12	19	57	12	140
	37	67	105	105	171	171	87	94	147	87	94	147	87	94	147	171
	803	711	423	803	711	423	803	711	423	803	711	423	803	711	423	423

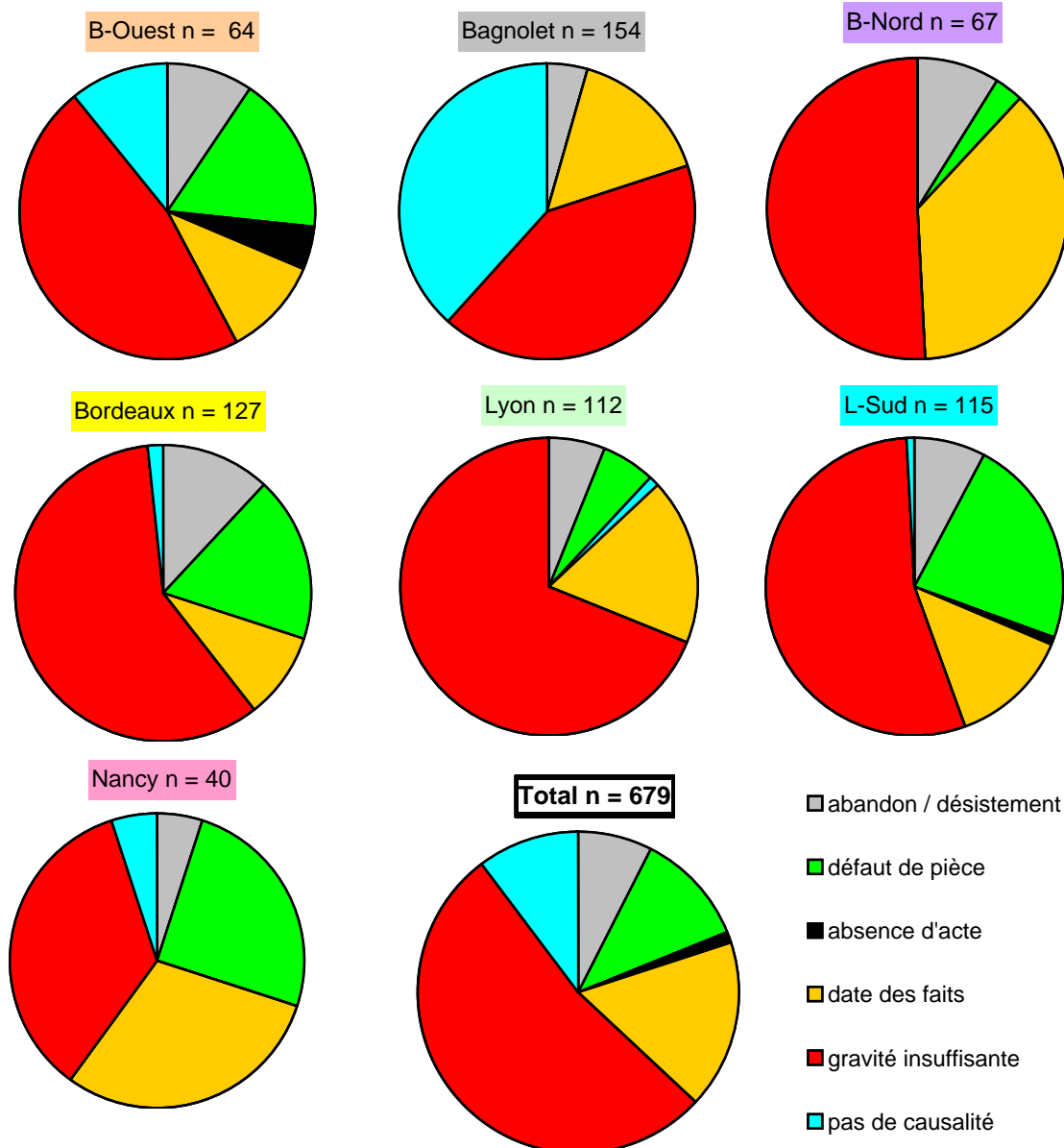
3.2.1	Conclusion positive après expertise	90	229	158	162	172	150	136	1097	1012	655	205
3.2.2.1	décès	16	52	41	27	41	31	18	226	443	339	108
3.2.2.2	IPP	26	61	45	45	40	39	31	287	365	230	67
3.2.2.3	ITT	27	80	48	70	67	33	58	383	22	17	8
3.2.2.4.1	exc: emploi	4	1	5	5	1	4	2	22	183	69	22
3.2.2.4.2	exc: existence	17	35	19	15	22	43	27	178	10,6	7,1	5,4
3.2.3	délai (m) ccl pos après expt	11,2	15,8	10,1	9,5	9,2	10,4	8,9	11,0			
3.2.4.1	Indemnisation totale	80	173	122	117	120	119	122	853			
3.2.4.2.1	Indemnisation partielle : état antérieur	6	26	28	41	30	9	10	150			
3.2.4.2.2	perte de chance	4	29	1	4	20	22	4	84			
3.2.4.2.3	les deux			6		2			8			
3.2.5.1.1	régime unique	23	73	40	28	36	43	32	275			
3.2.5.1.2	/ responsabilité	23	23	9	38	22	31	18	164			
3.2.5.1.3	noso avant 12/02	2	8			2	1		13			
3.2.5.1.4	prod défaut	1	1						2			
3.2.5.2.1	régime unique / solidarité: aléa	27	69	78	71	92	60	69	466			
3.2.5.2.2	noso > 25%	2	19	7	11	12	5	10	66			
3.2.5.2.3	noso étrang			3		1			4			
3.2.5.3	partage prépondérant	4	27	14	3	3	8	5	64			
...5.1.1	responsabilité : accident fautif	4	8	2	1	2	1	3	21			
...5.1.2	noso < 25%		13						13			
...5.2.1	solidarité : aléa		5	8	1			2	16			
...5.2.2	noso > 25%		1	2		1			4			
3.2.5.3.2	partage non prépondérant		9	5	11	4	2	1	32			
3.3.1	Toutes conclusions, sans ou après expertise	224	571	322	381	450	433	337	2718			
3.3.2	délai (m) toutes conclusions	9,2	12,3	8,7	7,4	6,9	8,2	8,0	8,9			
3.4.1./2	Dossier réouvert / réexpertisé	8	15	18	38	40	18	23	160			
4.1.1	Conciliation	12	61	22	44	17	28	9	193	259	162	
4.2.1	transmission		1						1			
4.2.2	commission							8	8			
4.2.3	membre	11	10		32	11	17	1	82			
4.2.4	extérieur	1	50	22	12	7	11	6	96			
4.3.1	non-concil	2	12	15	18	7	14	6	74			
4.3.2	partielle	1	1	1	2	3	1	1	9			
4.3.3	totale	2	1	2	2	0	0	0	7			

Annexe n° 4 : Carte des régions métropolitaines (source Insee 2006)

Des modifications d'attribution sont intervenues en mars 2007, dont il n'a pas été tenu compte pour faciliter la compréhension des données.



Régions	Population (Insee)	Nombre de demandes (n) (par million)	
Alsace	1 817 000	72	40
Aquitaine	3 099 000	162	52
Auvergne	1 334 000	66	49
Basse-Normandie	1 449 000	62	43
Bourgogne	1 624 000	94	58
Bretagne	3 081 000	122	40
Centre	2 505 000	89	36
Champagne-Ardenne	1 339 000	71	53
Corse	279 000	11	39
Franche-Comté	1 146 000	66	58
Haute-Normandie	1 811 000	72	40
Île-de-France	11 491 000	557	48
Languedoc-Roussillon	2 520 000	151	60
Limousin	725 000	31	43
Lorraine	2 339 000	158	68
Midi-Pyrénées	2 755 000	138	50
Nord - Pas-de-Calais	4 043 000	183	45
Pays de la Loire	3 426 000	119	35
Picardie	1 886 000	76	40
Poitou-Charentes	1 713 000	58	34
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 781 000	315	66
Rhône-Alpes	6 005 000	314	52
Total	61 167 000	2987	49

Annexe n° 5 : Répartition selon les pôles des motifs de conclusion négative sans expertise

Pôle	Total	abandon / désistement	défaut de pièce	absence d'acte	date des faits	gravité insuffisante	pas de causalité
B-Ouest n = 64	64	6	11	3	7	30	7
Bagnolet n = 154	154	7			24	64	59
B-Nord n = 67	67	6		2	25	34	
Bordeaux n = 127	127	15	23		12	75	2
Lyon n = 112	112	7	7	1	21	80	
L-Sud n = 115	115	9	26	1	15	63	1
Nancy n = 40	40	2	10		12	14	2
Total n = 679	679	52	77	7	116	360	71
	% : 100%	8%	11%	1%	17%	53%	10%

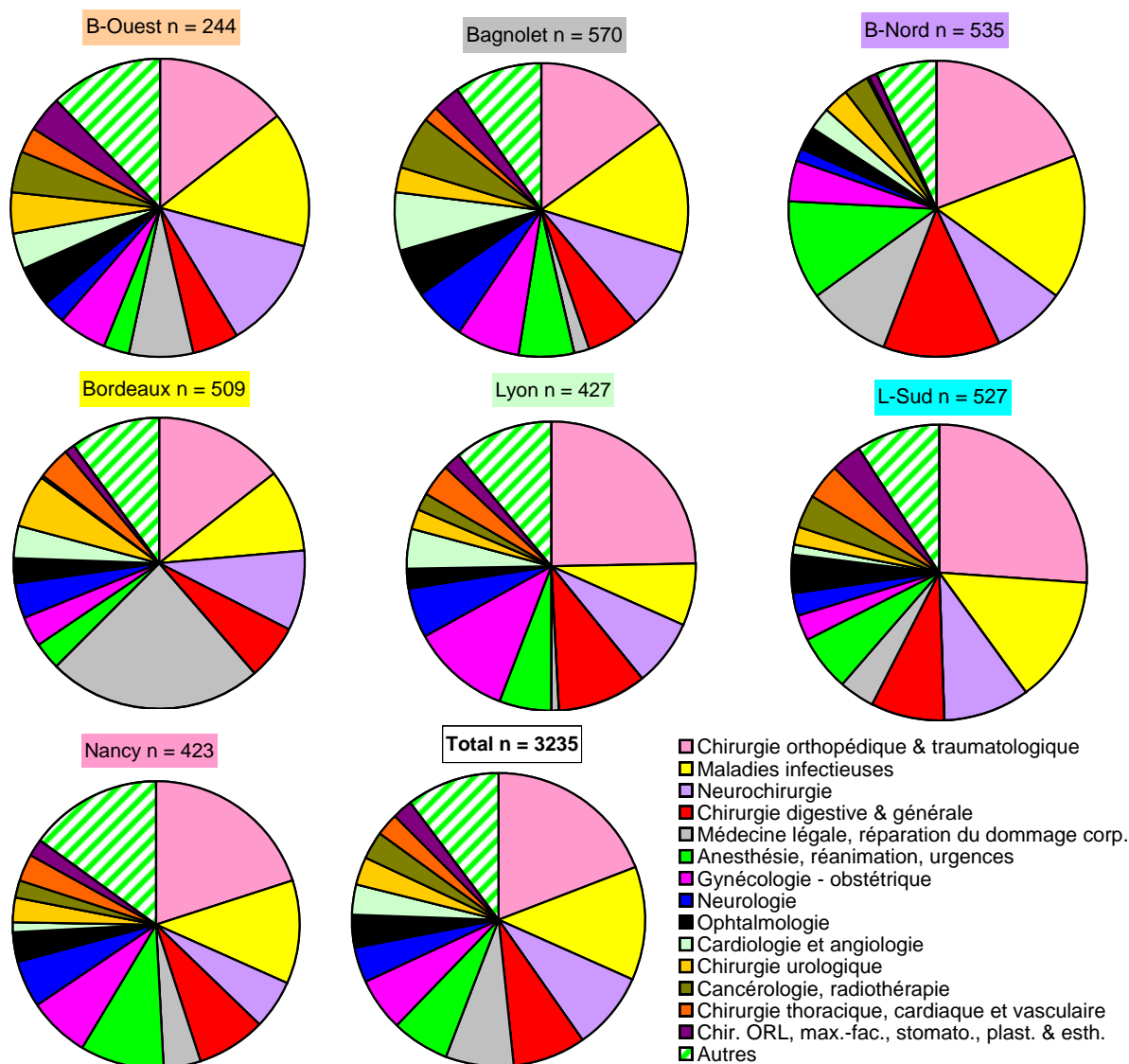
Le manque d'homogénéité est net :

- l'ensemble abandon / désistement + défaut de pièce varie de 5 à 30 %
- le motif de la date des faits générateurs varie de 9 à 37 %
- l'absence manifeste de lien de causalité varie de 0 à 38%

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

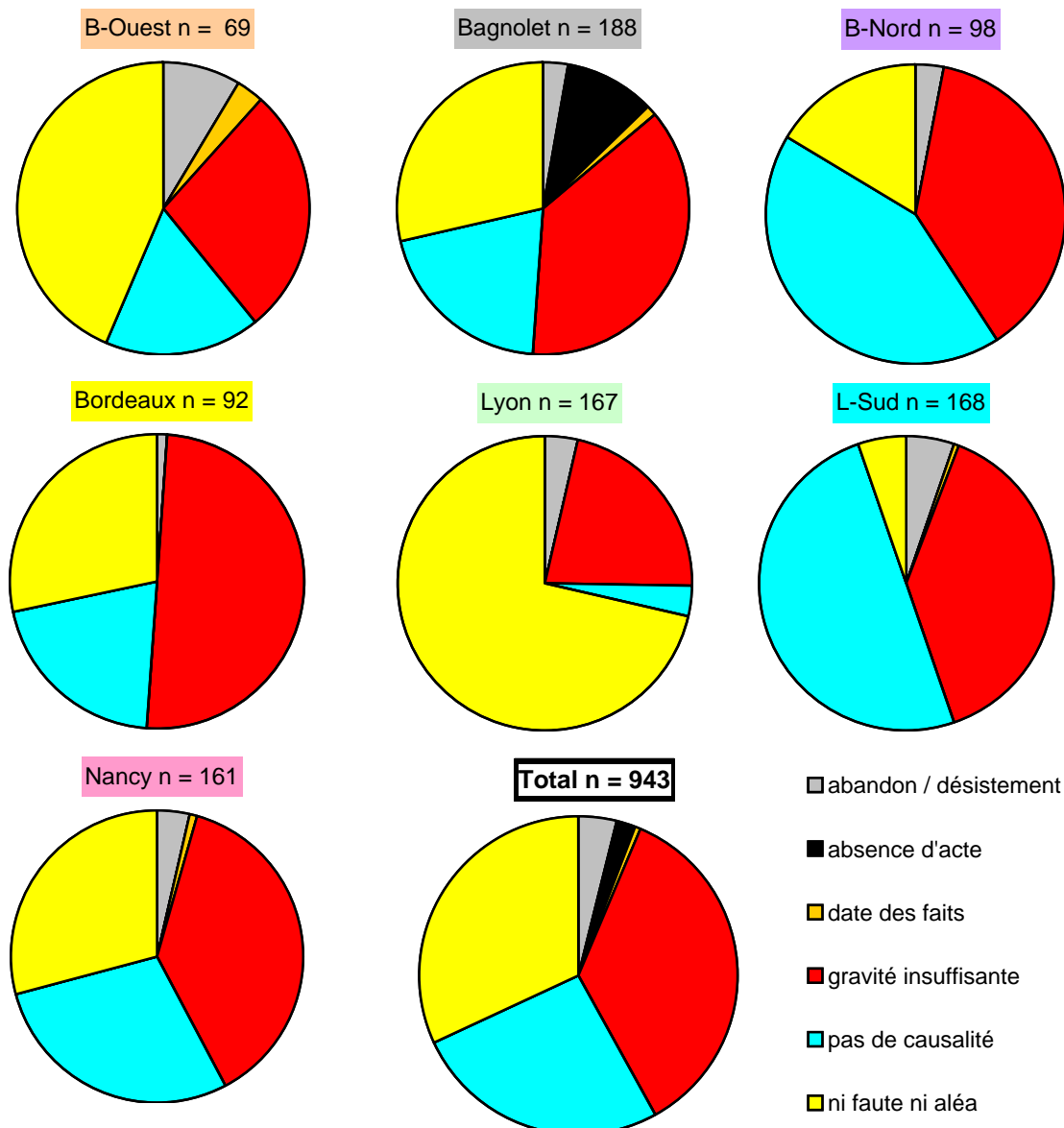
Discipline médicale	BN	Breta PdL	Réur	IdF	HN	Centr N-Pd Pical	Aquit Midi-	Limo Poito	Rhôr Auve Bour	PAC/ Lang	Cors	Alsac Ardei	F-C	Lorrâ	Total									
Chirurgie orthopédique & traumatologique	6	17	12	78	8	27	35	4	10	94	33	10	16	17	16	36								
Maladies infectieuses	7	19	10	74	9	18	21	3	6	50	18	6	14	13	10	12								
Neurochirurgie	4	13	13	49	4	9	17	3	6	30	19	6	5	2	7	10								
Chirurgie digestive & générale	2	5	5	27	6	14	11	2	6	27	14	2	7	7	5	13								
Réparation du dommage corp., médecine légale	4	3	4	8	2	6	54	12	11	14	5	2	1	1	6	10								
Anesthésie, réanimation, urgences	2	2	5	30	5	4	6	1	1	17	13	1	6	3	2	29								
Gynécologie - obstétrique	1	8	2	39	8	9	3	11	3	9	7	7	5	8	7	9								
Neurologie	2	4	4	31	2	1	11	8	1	11	2	2	9	6	4	104								
Ophthalmologie	4	2	5	26	4	7	5	1	4	16	4	1	4	1	1	8								
Cardiologie et angiologie	1	1	7	32	4	2	12	4	3	13	2	5	1	1	3	104								
Chirurgie urologique	1	6	2	15	2	4	21	6	2	7	6	2	1	6	4	92								
Cancérologie, radiothérapie	6	3	2	28	4	7	4	4	2	12	6	1	1	2	3	2								
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	3	4	2	7	3	2	3	5	3	9	5	1	1	2	10	82								
Chirurgie ORL, maxillo-fac., stomato., plastique & esth.	3	4	2	17	1	4	3	3	4	11	7	1	1	3	4	64								
Pédiatrie	2	2	3	14	1	1	4	5	3	3	2	2	1	2	3	44								
Médecine générale et interne				14	5	6	2	5	1				1	4	2	52								
Psychiatrie	1	2	2	3	3	1	1	3	1	2	3	3	1	4	2	22								
Hépatogastro-entérologie	1	4	4				8	3	1	3	6	2				28								
Rhumatologie	2	3	3	1	1		5	7	1	1	3	1				24								
Pneumologie	4	4	4	3	1		2	2	1	4	3	3				24								
Disciplines biologiques				2	1	1	2	2	2	7	7	7	1	2	1	14								
Pharmaco. & toxicologie		1	1	3	1	2	1	1	1	3	7	1	1	1	1	17								
Immunologie, hématologie										1	3	1	1	1	9	5								
Radiologie										1	3	3	2	2	7	3								
Gériatrie								1		1	1	1	1	1	7	3								
Chirurgie infantile			2										2	2	4	4								
Neuroradiologie	1	2	2	4					3	1	1	2	2	1	7	7								
Rééducation fonctionnelle									1	1	2					4								
Odontologie									2							2								
Néphrologie									1							1								
Dermatologie									1							4								
Endocrinologie									1							2								
Diagnostic prénatal et médecine foetale		1	1						1							2								
Anatomo-cytopathologie									1							1								
Infirmière									1							1								
Total	38	96	98	12	509	61	118	314	103	225	191	35	58	56	94	277	336	164	27	81	79	77	186	2854

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



Discipline médicale	B-Ouest	Bagnole	B-Nord	Bordeaux	Lyon	L-Sud	Nancy	Total
Chirurgie orthopédique & traumatologique	35	86	102	74	105	137	85	624
Maladies infectieuses	36	83	85	46	30	74	49	403
Neurochirurgie	30	53	44	46	32	49	24	278
Chirurgie digestive & générale	12	33	67	31	43	43	32	261
Médecine légale, réparation du dommage corp.	17	10	50	121	4	21	18	241
Anesthésie, réanimation, urgences	7	35	57	16	24	31	40	210
Gynécologie - obstétrique	13	39	24	17	48	16	29	186
Neurologie	6	33	8	20	24	13	23	127
Ophtalmologie	11	30	13	13	9	21	14	111
Cardiologie et angiologie	9	36	13	19	19	7	5	108
Chirurgie urologique	11	17	15	29	10	10	11	103
Cancérologie, radiothérapie	11	32	15	2	8	19	8	95
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	7	10	2	18	15	20	13	85
Chir. ORL, max.-fac., stomato., plast. & esth.	9	17	5	6	9	18	8	72
Autres	30	56	35	51	47	48	64	331
Total	244	570	535	509	427	527	423	3235

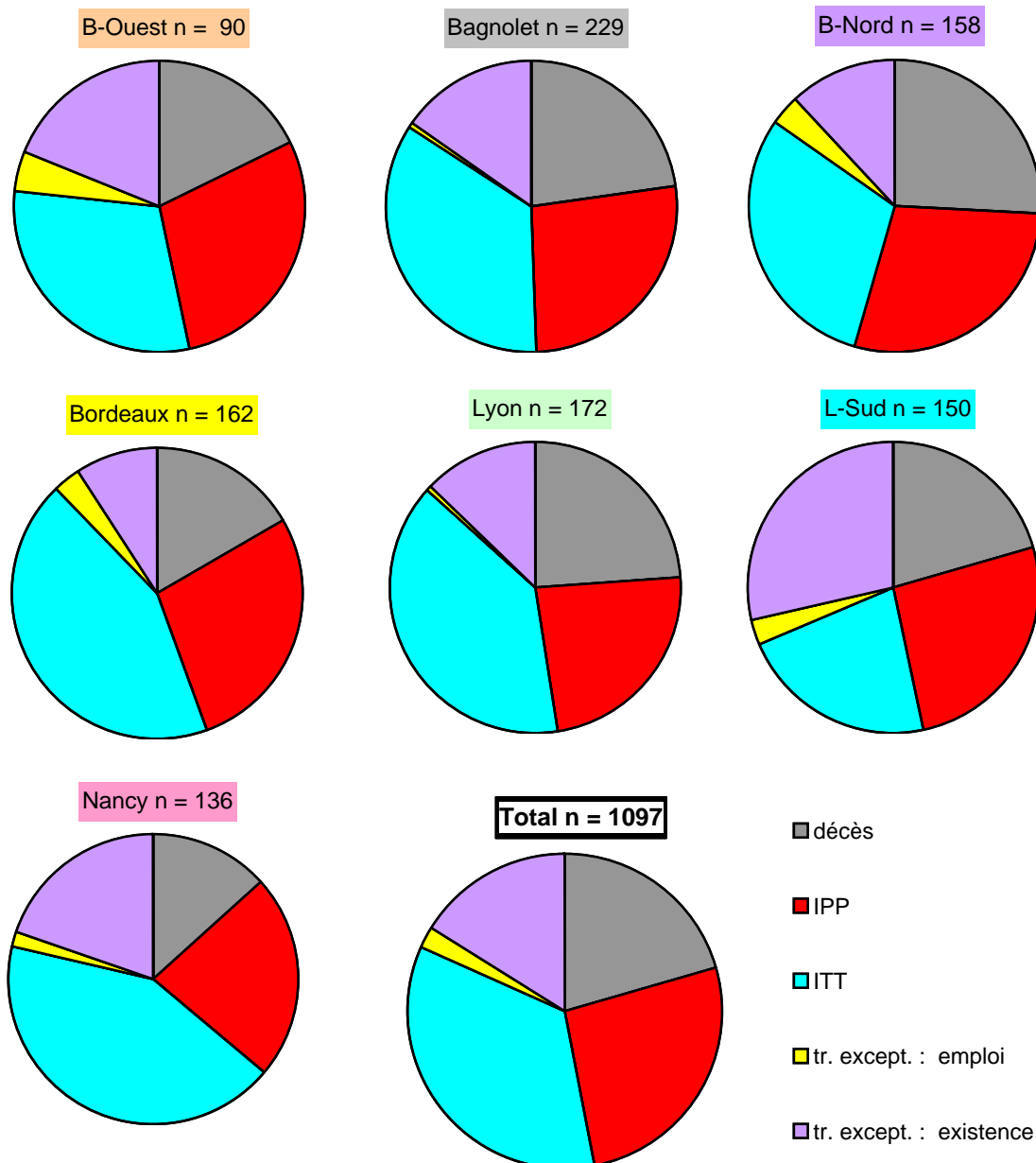
Il existe une grande homogénéité, à l'exception du recours aux spécialistes de médecine légale / RDC : le pôle de Bordeaux sollicite à lui seul un peu plus de la moitié de ces experts

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

Pôle	Total	abandon / désistement	absence d'acte	date des faits	gravité insuffisante	pas de causalité	ni faute ni aléa
B-Ouest n = 69	69	6		2	19	12	30
Bagnole n = 188	188	5	19	2	70	38	54
B-Nord n = 98	98	3			37	42	16
Bordeaux n = 92	92	1			46	19	26
Lyon n = 167	167	6			36	6	119
L-Sud n = 168	168	9		1	65	84	9
Nancy n = 161	161	6		1	61	46	47
Total n = 943	943	36	19	6	334	247	301
	% : 100%	4%	2%	1%	35%	26%	32%

L'homogénéité est partielle. Des différences apparaissent au niveau des pôles suivants :

- Bagnole : irrecevabilités pour absence d'acte de diagnostic, de soins ou de prévention
- Lyon : rejets pour accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa)
- Lyon-Sud : rejets pour défaut de lien de causalité

Annexe n° 9 : Répartition selon les pôles des critères de gravité retenus dans les avis positifs

Pôle	Total	décès	IPP	ITT	tr. except. : emploi	tr. except. : existence
B-Ouest n = 90	90	16	26	27	4	17
Bagnole n = 229	229	52	61	80	1	35
B-Nord n = 158	158	41	45	48	5	19
Bordeaux n = 162	162	27	45	70	5	15
Lyon n = 172	172	41	40	67	1	22
L-Sud n = 150	150	31	39	33	4	43
Nancy n = 136	136	18	31	58	2	27
Total n = 1097	1097	226	287	383	22	178
% : 100%		21%	26%	35%	2%	16%

L'homogénéité est assez remarquable.

La seule exception concerne les troubles exceptionnels dans les conditions d'existence pour Lyon-Sud.

Annexe n° 10 : Travaux d'harmonisation du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux

Dans l'objectif de mettre fin, autant que faire se peut, aux diverses disparités constatées, deux réunions avec les présidents de CRCI et l'ONIAM ont été organisées à la demande de la CNAM. La **première qui s'est tenue le 7 mars 2006 au Conseil d'État** a eu deux objectifs :

- discuter les modalités de modifications éventuelles de l'outil statistique mis en place par l'ONIAM afin que la CNAM puisse disposer des données nécessaires à l'établissement de son rapport annuel ;
- commencer à identifier avec les présidents de CRCI les éventuelles difficultés d'appréciation des étapes de traitement des demandes.

Il a été convenu que le Pr Dominique Thouvenin, Vice-présidente de la CNAM, rencontrerait Madame Nelly Eymard (CRCI Île-de-France) et Madame Domitille Hoffner (CRCI Bretagne, Basse-Normandie, Pays-de-la-Loire, Réunion), juristes attachées aux CRCI, pour identifier avec elles l'enregistrement des données rendant compte des différentes étapes devant une CRCI d'une demande présentée par une personne s'estimant victime.

Cette première réunion a également été l'occasion pour les présidents de CRCI de faire part de leur souhait de pouvoir, à terme, accéder aux avis qu'ils rendent, afin de leur permettre de vérifier quelles solutions ont été adoptées sur des questions analogues.

Les variations de qualification des solutions adoptées par les CRCI comme l'absence de prise en compte de certaines étapes de la procédure de traitement des demandes ont été confirmées par l'analyse des données fournies à la CNAM pour établir son rapport pour l'année 2005-2006 ; les professeurs André Lienhart et Dominique Thouvenin, chargés depuis l'origine de rédiger la première partie du rapport, consacrée à la mise en évidence des données statistiques et à leur interprétation, ont préconisé que soit organisée une nouvelle rencontre des différents acteurs impliqués dans la réparation des accidents médicaux par voie de règlement amiable.

Une seconde réunion qui s'est tenue à l'ONIAM le 27 octobre 2006 a eu pour but de se mettre d'accord sur la manière de procéder pour mettre à plat les modalités de fonctionnement de chaque CRCI et de rechercher des solutions communes dans l'objectif d'unifier les pratiques ou du moins de les nommer. M. Dominique Martin, directeur de l'ONIAM, a mis l'accent sur l'objectif commun aux trois acteurs d'améliorer le fonctionnement du système.

Les professeurs André Lienhart et Dominique Thouvenin ont réitéré leur demande d'un système de renseignement de l'outil statistique uniformisé, constaté que, d'ores et déjà, un certain nombre de leurs préconisations avait été retenu, enfin insisté sur le fait que leur démarche visait à apporter autant que possible une simplification du système en tenant compte des manières de procéder ainsi que des contraintes des différentes CRCI. Et, dans la mesure

où les renseignements fournis le sont par les juristes et les secrétaires des CRCI, ils ont préconisé, pour y parvenir, d'organiser des réunions de travail avec eux.

Les présidents des CRCI ont tous donné leur accord pour une telle démarche ; toutefois, ils ont mis l'accent sur la nécessité de trouver des modalités de travail qui tiennent compte des obligations de ces personnels mobilisés pour le fonctionnement des CRCI.

Il a été convenu que les réunions futures seraient organisées sous l'égide de l'ONIAM et réuniraient, pour la CNAM les professeurs André Lienhart et Dominique Thouvenin, pour les CRCI un ou des juristes et un ou des secrétaires par pôle interrégional, pour l'ONIAM M. Georges Dutreix, chef de projet informatique.

Sept réunions de travail ont été organisées le 1^{er} décembre 2006, les 7 février, 9 mars, 13 avril, 22 juin, 21 septembre 2007 et 26-27 octobre 2007. Pour les CRCI, ont participé à ces réunions : Mesdames Caroline Behmoaras, juriste de Nancy, Aïcha Benarals, secrétaire de Bagnolet, Jeanne Chauvelot, juriste de Nancy, Armelle Couture, juriste de Lyon et de Lyon-Sud, Audrey Delannoy, juristes de Nancy, Nelly Eymard, juriste de Bagnolet, Anne Fleuridas, juriste de Bagnolet, Catherine Jacquard, secrétaire de Lyon, Valérie Meunier, secrétaire de Bordeaux, Laurie Picart, juriste de Bordeaux, Délia Rahal, juriste de Bagnolet-Ouest, Johanne Sans, juriste de Bordeaux, Chloé Teillard, Monsieur Fabrice Perrier, juriste de Bagnolet-Nord. Ces réunions de travail ont permis d'apporter des modifications notables des données à enregistrer pour établir le rapport annuel des CRCI ; la réunion du 22 juin 2007 à laquelle s'est jointe Madame Marguerite Pélier, Présidente des CRCI du pôle Bagnolet-Ouest, a en outre permis de faire des propositions de rédaction en vue d'aboutir à un avis type d'indemnisation d'accident médical.

Annexe n° 11 : Projet de trame d'avis positif (hors consolidation ou aggravation)

N° de dossier [...]

La Commission [...], réunie en formation de règlement amiable le [...], à [...]

- Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 1142-1 I et II à L. 1142-24, D. 1142-1 à D. 1142-3 et R. 1142-13 à R. 1142-18 ; également l'arrêté du 4 mars 2003 relatif aux pièces justificatives à joindre à une demande présentée à une Commission régionale de conciliation et d'indemnisation, des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ; le règlement intérieur de la Commission et notamment son article 20¹ ;
- Vu la demande d'indemnisation présentée à la Commission le [...] et réputée complète le [...], par [...***]² agissant en qualité de [victime / ayant-droit de *** / représentant légal de ***] (éventuellement assisté par Maître ***), et mettant en cause :
 - [nom = ***, qualité, adresse, assuré par ***]
 - [nom = ***, qualité, adresse, assuré par ***]
- Vu les pièces versées au dossier
- Vu la désignation, le [...], du [qualité, nom = ***, spécialité ; (qualité, nom = ***, spécialité)] comme expert(s) (lequel s'est adjoint un sapiteur, spécialiste de [...] en la personne de [... = ***])³.
- Vu le rapport d'expertise remis le [...] ⁴
- (Vu la désignation, le [...], du [qualité, nom = ***, spécialité ; (qualité, nom = ***, spécialité)] pour [un complément d'expertise / une nouvelle expertise]) ⁵

¹ Champ libre pour d'autres visas éventuels.

² Identifiant comportant trois caractères, destiné à l'anonymisation.

³ Précision à ajouter en cas de recours à un sapiteur.

⁴ Champ libre.

- (Vu le rapport d'expertise ([complémentaire]) remis le [...] par l'expert (les experts) ; (lequel s'est adjoint un sappeur, spécialiste de [...] en la personne de [...] = ***)⁶)
- Vu la procédure suivie pour l'examen de ladite demande

Après avoir entendu en séance

Le rapport de présentation du dossier par [nom, qualité] et les observations de [nom, qualité], de [nom, qualité] et [nom, qualité]

Et après en avoir délibéré, dans la formation suivante : [...] président(e), [..., ... et ...] membres⁷, en présence de [...] (juriste et/ou secrétaire, et/ou stagiaire, assistant le président ou la présidente)

La Commission s'est prononcée sur

- 1- la compétence de la CRCI : [texte libre dans lequel il est fait mention que la date du fait générateur est postérieure à la date d'application de la loi et que l'acte en cause est un acte de prévention, de diagnostic, ou de soins ; le(s) critère(s) de gravité est (sont) explicitement mentionné(s) : taux d'IPP / ITT / troubles exceptionnels dans les conditions d'existence]
- 2- les circonstances : [texte libre dans lequel les noms de personnes et d'établissements sont entrés sous la forme ***]
- 3- les causes du dommage allégué et le lien de causalité avec l'acte : [texte libre mentionnant le lien entre l'acte et le dommage : accident médical, infection nosocomiale, affection iatrogène]
- 4- le régime d'indemnisation : [texte libre indiquant, soit une faute de nature à engager la responsabilité de professionnels ou d'établissements de santé, soit un accident médical ouvrant droit à la réparation au titre de la solidarité nationale, soit un partage des deux]

⁵ Champ libre.

⁶ Cet alinéa et le précédent ne sont ajoutés qu'en cas de besoin et sont éventuellement répétés autant de fois qu'il est nécessaire

⁷ Il s'agit des membres présents au moment de la délibération ; champ libre possible pour indiquer le nom des votants.

- 5- le dommage et ses conséquences en termes de préjudices : [texte libre séparant les deux notions, motivant les préjudices existant⁸ et éventuellement ceux qui ne sont pas retenus, bien qu'évoqués ; le cas échéant, indiquer la part non indemnisable en raison de l'état antérieur ou/et d'une perte de chance]

Émet l'avis suivant :

Article 1 : la réparation des préjudices incombe à [...***, ...***] ou à l'ONIAM

Article 2 : l'état de [...***] est consolidé à la date du [...] (/ n'étant pas consolidé, il sera procédé à une nouvelle expertise⁹ après nouvelle saisine de la commission et après production d'un certificat de consolidation)

Article 3 : les préjudices qu'il convient d'indemniser sont les suivants¹⁰ :

[..., ...]

Article 4 : il appartient à l'assureur ou à l'ONIAM d'adresser une offre d'indemnisation à [...***] dans le délai de quatre mois suivant la réception du présent avis

Article 5 : dans l'hypothèse où l'indemnisation incombe à l'assureur, indiquer : en vertu de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, si au terme du délai de quatre mois, l'assureur de [...***] n'a pas fait d'offre ou a refusé de proposer une offre, le demandeur pourra saisir l'ONIAM afin d'être indemnisé.

Article 6 : cet avis sera notifié aux personnes suivantes :

- parties
- assureurs des personnes mises en cause
- tiers payeurs
- ONIAM

⁸ Texte libre mais pré-rempli avec une liste indicative des différentes catégories de préjudices susceptibles d'être indemnisés.

⁹ Champ libre pour préciser éventuellement que cette saisine ne saurait intervenir avant telle date.

¹⁰ Reprise du listing du 5° par postes de préjudices sans les motivations.

Annexe n° 12 : Projet de trame d'avis positif post-consolidation

N° de dossier [...]

La Commission [...], réunie en formation de règlement amiable le [...], à [...]

- Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 1142-1 I et II à L. 1142-24, D. 1142-1 à D. 1142-3 et R. 1142-13 à R. 1142-18 ; également l'arrêté du 4 mars 2003 relatif aux pièces justificatives à joindre à une demande présentée à une Commission régionale de conciliation et d'indemnisation, des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ; le règlement intérieur de la Commission et notamment son article 20¹ ;
- Vu la demande initiale introduite par agissant en qualité de [victime / ayant-droit de *** / représentant légal de ***] (éventuellement assisté par Maître ***),
- Vu l'avis rendu le [...] par la Commission de [...] et retenant qu'il appartient à *** [assureur et/ou ONIAM) de faire une proposition d'indemnisation provisionnelle
- Vu la nouvelle demande présentée à la Commission le [...] en vue de l'indemnisation définitive de ses préjudices, par [...]
- Vu les pièces versées au dossier dont le certificat médical de consolidation || de décès
- Vu la désignation, le [...], du [qualité, nom = ***, spécialité ; (qualité, nom = ***, spécialité)] comme expert (lequel s'est adjoint un saphiteur, spécialiste de [...] en la personne de [... = ***)².
- Vu le rapport d'expertise remis le [...] ³
- Vu la procédure suivie pour l'examen de ladite demande

Après avoir entendu en séance

Le rapport de présentation du dossier par [nom, qualité] et les observations de [nom, qualité], de [nom, qualité] et [nom, qualité]

¹ Champ libre pour d'autres visas éventuels.

² Précision à ajouter en cas de recours à un saphiteur.

³ Champ libre.

Et après en avoir délibéré, dans la formation suivante : [...] président(e), [..., ... et ...] membres⁴, en présence de [...] (juriste et/ou secrétaire, et/ou stagiaire, assistant le président ou la présidente)

Il ressort de l'ensemble de l'instruction du dossier et notamment du rapport d'expertise remis par le Dr [...] le [...] que l'état de santé de [...] est consolidé à la date du [...].et que les préjudices sont : [texte libre ⁵ et éventuellement ceux qui ne sont pas retenus, bien qu'évoqués].

Émet l'avis suivant :

Article 1 : l'état de santé de [...] est consolidé à la date du [...].

Article 2 : les préjudices subis par [...] dont l'indemnisation incombe intégralement à[...] ou incombe pour % à et à sont les suivants⁶ :

[..., ...].

Article 3 : il appartient à l'assureur ou à l'ONIAM d'adresser une offre d'indemnisation à [...***] dans le délai de deux mois suivant la réception du présent avis

Article 4 : il y aura lieu de déduire de cette indemnisation les sommes déjà versées à titre provisionnel

Article 5 : indiquer en vertu de l'article L. 1142-14 al. 4 du code de la santé publique qu'au terme des deux mois dans l'hypothèse où l'assureur de [...***] n'a pas fait d'offre ou a refusé de proposer une offre, le demandeur pourra saisir l'ONIAM afin d'être indemnisé.

Article 6 : cet avis sera notifié aux personnes suivantes :


- parties
- assureurs des personnes mises en cause
- tiers payeurs
- ONIAM

⁴ Il s'agit des membres présents au moment de la délibération ; champ libre possible pour indiquer le nom des votants.

⁵ Texte libre mais pré-rempli avec une liste indicative des différentes catégories de préjudices susceptibles d'être indemnisés.

⁶ Reprise du listing du texte libre (note 5) par postes de préjudices, sans les motivations.

Annexe n° 13 : Maquette du projet de site Internet de la CNAMed



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

CNAMed

Commission Nationale des Accidents Médicaux

- Missions
- Composition
- Liste des experts en accidents médicaux
- Devenir expert
- Publications

Composition et fonctionnement

Membres

Présidence

Missions


Compétence décisionnelle

Autres missions

Rapports au Parlement et au Gouvernement

Missions

Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales Commission nationale des accidents médicaux La Commission nationale des accidents médicaux (CNAM) est une instance indépendante placée auprès des ministres chargés de la justice et de la santé, qui a été créée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.



Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nunc sagittis. Proin ac felis. Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Pellentesque.

Intertitre de niveau 1

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nunc sagittis. Proin ac felis. Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Pellentesque enim dui, rhoncus ut, pharetra

- List item
- List item
- List item


Luctus vitae, dolor. Nunc mauris eros, vehicula id, fermentum non, semper ac, nisl. Cras sed purus non justo lobortis rhoncus. Morbi consectetur augue.

Intertitre de niveau 2

Donec ligula lorem, varius eget, semper eget, aliquet quis, lectus. Vestibulum ipsum nunc, aliquet quis, blandit ac, varius a, est. Praesent dictum. Sed feugiat magna sed lorem. Nulla tempus sodales ipsum. In vitae purus eget quam.

Luctus vitae, dolor. Nunc mauris eros, vehicula id, fermentum non, semper ac, nisl. Cras sed purus non justo lobortis rhoncus. Morbi consectetur augue.

Titrenews



15 Octobre 2007

Donec ligula lorem, varius eget, semper eget, aliquet quis, lectus. Vestibulum ipsum nunc, blandit ac, varius a, est. [Praesent dictum](#). Sed feugiat magna sed lorem. Nulla

Luctus vitae, dolor. Nunc mauris eros, vehicula id, fermentum non, semper ac, nisl. [Cras](#) sed purus non justo lobortis rhoncus. Morbi consectetur augue.

Crédits Mentions légales

Annexe n° 14 : Nomenclature des postes de préjudices (selon le rapport de M. Jean-Pierre Dintilhac)

1°) Préjudices patrimoniaux

a) Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Dépenses de santé actuelles (D.S.A.)
- Frais divers (F.D.)
- Pertes de gains professionnels actuels (P.G.P.A.)

b) Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Dépenses de santé futures (D.S.F.)
- Frais de logement adapté (F.L.A.)
- Frais de véhicule adapté (F.V.A.)
- Assistance par tierce personne (A.T.P.)
- Pertes de gains professionnels futurs (P.G.P.F.)
- Incidence professionnelle (I.P.)
- Préjudice scolaire, universitaire ou de formation (P.S.U.)

2°) Préjudices extrapatrimoniaux

a) Préjudices extrapatrimoniaux temporaires (avant consolidation) :

- Déficit fonctionnel temporaire (D.F.T.)
- Souffrances endurées (S.E.)
- Préjudice esthétique temporaire (P.E.T.)

b) Préjudices extrapatrimoniaux permanents (après consolidation) :

- Déficit fonctionnel permanent (D.F.P.)
- Préjudice d'agrément (P.A.)
- Préjudice esthétique permanent (P.E.P.)
- Préjudice sexuel (P.S.)
- Préjudice d'établissement (P.E.)
- Préjudices permanents exceptionnels (P.P.E.)

c) Préjudices extrapatrimoniaux évolutifs (hors consolidation) :

- Préjudices liés à des pathologies évolutives (P.EV.)

Annexe n° 15

Recommandation aux présidents des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

**LA MISSION D'EXPERTISE MEDICALE
pour l'évaluation
des accidents médicaux, des affections iatrogènes
et des infections nosocomiales**

Dans le respect des textes en vigueur et notamment du principe du contradictoire, après s'être assuré de l'absence d'un éventuel conflit d'intérêt, convoquer et entendre les parties ainsi que tous sachants ; examiner le patient ; sans que le secret médical ou professionnel puisse lui être opposé (art. L 1142-12 CSP), prendre connaissance de tous documents remis, relatifs aux examens, soins, traitements, administration de produits ou interventions de toutes sortes dont le patient a pu être l'objet au sein du système de santé.

1. Circonstances de survenue du dommage

A partir de ces documents et de l'interrogatoire du patient et, le cas échéant, de son entourage, des parties ainsi que de tous sachants :

- préciser les motifs et les circonstances qui ont conduit à l'acte de diagnostic, de prévention ou de soins mis en cause,
- prendre connaissance des antécédents médicaux,
- décrire tous les soins dispensés, investigations et actes annexes qui ont été réalisés, et préciser dans quelles structures et, dans la mesure du possible, par qui ils ont été pratiqués,
- en cas d'infection,
 - préciser à quelle(s) date(s)
 - ont été constatés les premiers signes,
 - a été porté le diagnostic,
 - a été mise en œuvre la thérapeutique,
 - dire quels ont été les moyens cliniques, paracliniques et biologiques retenus permettant d'établir le diagnostic,
 - dire, le cas échéant,

- quel acte médical ou paramédical a été rapporté comme étant à l'origine de cette infection et par qui il a été pratiqué,
- quel type de germe a été identifié,
- rechercher
 - quelle est l'origine de l'infection présentée,
 - si cette infection est de nature endogène ou exogène,
 - si elle a pour origine une cause extérieure et étrangère au(x) lieu(x) où a (ont) été dispensé(s) le(s) soin(s),
 - quelles sont les autres origines possibles de cette infection,
 - s'il s'agit de l'aggravation d'une infection en cours ou ayant existé.

2. Analyse médico-légale

Dire si les soins, investigations et actes annexes ont été conduits conformément aux règles de l'art et aux données acquises de la science médicale à l'époque où ils ont été pratiqués, en particulier et le cas échéant :

- dans l'établissement du diagnostic, dans le choix, la réalisation et la surveillance des investigations et du traitement,
- dans la forme et le contenu de l'information donnée au patient sur les risques courus, en précisant, en cas de survenue de tels risques, quelles auraient été les possibilités et les conséquences pour le patient de se soustraire à l'acte effectué,
- dans l'organisation du service et de son fonctionnement.

En cas d'infection, préciser :

- si toutes les précautions ont été prises en ce qui concerne les mesures d'hygiène prescrites par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales ; dans la négative, dire quelle norme n'a pas été appliquée,
- si les moyens en personnel et en matériel mis en œuvre au moment de la réalisation du(es) acte(s) mis en cause correspondaient aux obligations prescrites en matière de sécurité,
- si le patient présentait des facteurs de vulnérabilité susceptibles de contribuer à la survenue et au développement de cette infection,
- si cette infection aurait pu survenir de toute façon en dehors de tout séjour dans une structure réalisant des actes de soins, de diagnostic ou de prévention (infection communautaire),
- si la pathologie, ayant justifié l'hospitalisation initiale ou les thérapeutiques mises en œuvre, est susceptible de complications infectieuses ; dans l'affirmative, en préciser la nature, la fréquence et les conséquences,
- si cette infection présentait un caractère inévitable et expliquer en quoi,
- si le diagnostic et le traitement de cette infection ont été conduits conformément aux règles de l'art et aux données acquises de la science médicale à l'époque où ils ont été dispensés.

En cas de réponse négative à cette dernière question,

- ✓ faire la part entre les conséquences de l'infection *stricto sensu* et les conséquences du retard de diagnostic et de traitement,
- ✓ développer, arguments scientifiques référencés à l'appui, les raisons qui font retenir le caractère nosocomial de l'infection présentée ou, au contraire, celles qui font plutôt retenir une origine étrangère.

3. La cause et l'évaluation du dommage

L'expert devra s'efforcer de répondre à toutes les questions, quelles que soient les hypothèses retenues.

En fonction de tous ces éléments, après avoir examiné le patient et recueilli ses doléances, il doit :

- décrire l'état de santé actuel du patient,
- dire si cet état est la conséquence de l'évolution prévisible de la pathologie initiale, en prenant en considération les données relatives à l'état de santé antérieur présenté avant les actes de prévention, diagnostic ou soins pratiqués ou si cet état présente un caractère anormal au regard de l'évolution prévisible de la pathologie initiale
- dans ce dernier cas, dire s'il s'agit d'un évènement indésirable (accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale) en indiquant s'il est la conséquence d'un non respect des règles de l'art, en précisant le caractère total ou partiel de l'imputabilité
- procéder à l'évaluation des dommages en faisant la part des choses entre ce qui revient à l'état antérieur, à l'évolution prévisible de la pathologie initiale et aux conséquences anormales décrites :
 - ✓ que le patient exerce ou non une activité professionnelle, prendre en considération toutes les gênes temporaires, totales ou partielles, subies dans la réalisation de ses activités habituelles ; en préciser la nature et la durée ; préciser si une aide – humaine ou matérielle – a été nécessaire et pendant quelle durée ; en discuter l'imputabilité à l'évènement causal,
 - ✓ en cas d'arrêt des activités professionnelles, en préciser la durée et les conditions de reprise,
 - ✓ fixer la date de consolidation,
 - ✓ chiffrer le taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP) par référence au « *barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales* », publié à l'annexe 11-2 du code de la santé publique (décret n° 2003-314 du 4 avril 2003) ; au cas où le barème ne comporte pas de référence, informer par avis motivé la commission régionale, des références à l'aide desquelles il a été procédé à l'évaluation (article D.1142-3 du CSP),

- ✓ donner un avis médical sur l'éventuelle répercussion des séquelles imputables à l'évènement causal sur les activités professionnelles antérieurement exercées,
- ✓ s'il s'agit d'un écolier, d'un étudiant ou d'un élève en cours de formation professionnelle, donner un avis médical sur l'éventuelle répercussion des séquelles imputables à l'évènement causal sur la formation prévue,
- ✓ décrire les souffrances endurées ; les évaluer selon l'échelle habituelle de sept degrés,
- ✓ évaluer le dommage esthétique selon l'échelle habituelle de sept degrés,
- ✓ dire si les séquelles sont susceptibles d'être à l'origine d'un retentissement sur la vie sexuelle du patient,
- ✓ donner un avis médical sur les difficultés éventuelles de se livrer, pour la victime, à des activités de loisir effectivement pratiquées antérieurement
- ✓ se prononcer sur la nécessité de soins médicaux, paramédicaux, d'appareillage ou de prothèse, après consolidation pour éviter une aggravation de l'état séquellaire ; justifier l'imputabilité des soins à l'accident en cause en précisant s'il s'agit de frais occasionnels c'est-à-dire limités dans le temps ou de frais viagers, c'est-à-dire engagés la vie durant.

En cas de perte d'autonomie :

- ✓ dresser un bilan situationnel en décrivant avec précision le déroulement d'une journée (sur 24 h.),
- ✓ préciser les besoins et les modalités de l'aide à la personne, nécessaires pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes et gestes de la vie courante, , que cette aide soit apportée par l'entourage ou par du personnel extérieur
- ✓ indiquer la fréquence et la durée d'intervention de la personne affectée à cette aide, en précisant, pour ce qui concerne la personne extérieure, la qualification professionnelle éventuelle
- ✓ dire quels sont les moyens techniques palliatifs nécessaires au patient (appareillage, aide technique, véhicule aménagé...),
- ✓ décrire les gênes engendrées par l'inadaptation du logement, étant entendu qu'il appartient à l'expert de se limiter à une description de l'environnement en question et aux difficultés qui en découlent.

Le cas échéant, en cas de séquelles neuro-psychologiques graves :

- ✓ analyser en détail l'incidence éventuelle des séquelles sur les facultés de gestion de la vie et d'insertion (ou de réinsertion) socio-économique. Si besoin est, compléter cet examen par tout avis technique nécessaire,
- ✓ préciser leurs conséquences quand elles sont à l'origine d'un déficit majeur d'initiative ou de troubles du comportement.

En cas de décès :

- dire si le décès est la conséquence de l'évolution prévisible de la pathologie initiale, en prenant en considération les données relatives à l'état de santé antérieur présenté avant les actes de prévention, diagnostic ou soins pratiqués ou si le décès est une conséquence anormale au regard de l'évolution prévisible de la pathologie initiale
- dans ce dernier cas, dire s'il s'agit d'un évènement indésirable (accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale) en indiquant s'il est la conséquence d'un non respect des règles de l'art, en précisant le caractère total ou partiel de l'imputabilité

*

Recommandation aux présidents de commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

LE LIVRET DE L'EXPERT

Ce « **livret de l'expert** » a pour but essentiel de rappeler les points fondamentaux de l'expertise réalisée à la demande d'une commission régionale ou interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI). Il ne s'agit pas d'un manuel d'expertise ni d'un précis d'évaluation du dommage corporel ; il s'agit de rappeler quelques règles et d'évoquer les points spécifiques à l'expertise dans le cadre de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ainsi, ce livret n'a aucun caractère exhaustif.

De plus, il est présumé ici que l'expert nommé est compétent en matière d'expertise en responsabilité médicale et que ce n'est pas ce livret qui lui apportera la connaissance de ses principes directeurs.

Il convient de rappeler, que, lorsqu'il est missionné dans un domaine qui n'est pas de sa compétence ou qui ne couvre pas sa discipline, l'expert doit, soit se récuser, soit s'adjoindre un autre professionnel d'une discipline différente, soit demander au président de la CRCI de nommer un co-expert en précisant de quel domaine de compétence il s'agit et les raisons qui rendent sa nomination nécessaire. Il doit par ailleurs s'assurer que l'affaire n'est pas susceptible de générer un conflit d'intérêts avec son activité habituelle.

Ce livret comporte quatre parties. Tout d'abord, dans une **partie introductive**, sont rappelées les définitions des termes de la loi du 4 mars 2002 et quelques textes relatifs au cadre spécifique dans lequel se situe une mission réalisée à la demande d'une CRCI. La **deuxième partie** porte sur la préparation de l'expertise avec la convocation, l'obtention des pièces médicales, la nécessité de définir le lieu où se déroule l'expertise. La **troisième** développe les aspects particuliers du déroulement de l'expertise avec l'audition des parties (demandeur, médecin ou établissement mis en cause) et l'aspect contradictoire de l'expertise. La **quatrième** partie est consacrée à l'analyse des faits et à l'évaluation du dommage (imputabilité).

I. Introduction

L'expertise réalisée dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 est certes calquée sur les procédures d'expertise juridictionnelle : elle est destinée à déterminer d'abord l'existence et l'origine d'un dommage consécutif à un acte de diagnostic, de prévention ou de soins, puis d'en évaluer les séquelles.

La loi pose le principe de l'indemnisation des conséquences dommageables survenues à la suite d'un événement indésirable appelé par la loi « accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale », imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins qu'il y ait ou non une responsabilité à l'origine du dommage.

Dans le premier cas (responsabilité), l'assureur du professionnel de santé, de l'établissement indemnise le patient des préjudices subis en fonction de leur imputabilité à l'acte mis en cause en tenant compte de la pathologie et de son évolution prévisible ainsi que de l'état antérieur du patient.

Dans le deuxième cas (pas de responsabilité), c'est la solidarité nationale (l'ONIAM) qui procèdera à l'indemnisation en tenant compte de conditions établies par voies légale et réglementaire.

Dans le cas de la survenue d'une infection nosocomiale, la loi du 30 décembre 2002 a déterminé des conditions particulières d'indemnisation par la solidarité nationale, ce qui ne modifie pas les conditions de réalisation de l'expertise.

La loi définit les conditions cumulatives de réparation des préjudices.

Les préjudices doivent

1. être directement imputables à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins,
2. avoir eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci,
3. et présenter un caractère de gravité fixé par décret.

L'adoption de la nomenclature Dintilhac permet de définir les caractères de gravité de la façon suivante :

1. Déficit fonctionnel temporaire ou arrêt temporaire des activités professionnelles

Que la victime exerce ou non une activité professionnelle, c'est la durée pendant laquelle elle aura été gênée, totalement ou partiellement, dans sa vie personnelle ou celle pendant laquelle elle n'aura pu poursuivre son travail qui est prise en considération.

La durée du déficit temporaire ou celle de l'interruption des activités professionnelles doit être au moins égale à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.

2. Le taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique (AIPP)

Il s'agit de l'ancienne incapacité permanente partielle (IPP).

Ce taux doit être > 24 % ; il est fixé par référence au barème publié à l'annexe 11-2 du code de la santé publique (décret n° 2003-314 du 4 avril 2003) qui prenait déjà en référence la définition de l'AIPP.

Il est important de noter que la référence à ce taux est utilisée dans 2 situations différentes. En effet, il est à la fois :

- Un caractère de gravité permettant l'accès à une CRCI (AIPP supérieure à 24 %)
- Un seuil d'intervention pour l'ONIAM dans le cadre de l'indemnisation des préjudices en absence de responsabilité (AIPP supérieure à 24 %)

De plus, la référence à un taux d'AIPP est aussi un seuil pour la prise en charge par l'ONIAM de l'indemnisation des infections nosocomiales (AIPP supérieure ou égale à 25 %).

3. Les troubles graves y compris d'ordre économique dans les conditions d'existence

C'est dans cette catégorie que peuvent se situer les personnes qui n'ont pas d'activité rémunérée (enfants scolarisés ou non scolarisés, étudiants, retraités ou femmes (ou hommes) au foyer,...). Aucune définition n'en est actuellement donnée ; la commission se prononcera à la lumière des éléments fournis par l'expert, comme les souffrances endurées, la description des gênes subies pendant la durée de l'incapacité temporaire totale ou partielle.

4. L'arrêt définitif de l'activité professionnelle exercée antérieurement

Toutefois, l'article D. 1142-1 du code de la santé publique, qui n'a pas encore fait l'objet de modifications, retient aux points 1 et 2, les concepts d'ITT et d'IPP sur lesquels des précisions ont été données dans le rapport 2005-2006 de la CNAM.

II. Préparation avant l'expertise

1) La convocation

Afin de respecter le principe du contradictoire à ce niveau de l'expertise, l'expert doit convoquer les parties : ce sont celles citées au dossier et visées par la mission adressée par la CRCI.

Pour permettre au demandeur de réunir toutes les pièces de son dossier, les adresser aux autres parties mais aussi pour que les parties puissent assister aux opérations, l'expert s'attachera à ne pas fixer la date de l'expertise trop tôt ; cependant, il ne serait pas dans l'esprit de la loi de dépasser le délai de 3 semaines/1 mois, puisque la CRCI doit rendre son avis dans un délai de 6 mois à compter de sa saisine.

Il est bon que la convocation précise au demandeur qu'il peut se faire assister notamment du médecin de son choix.

Enfin, dans certains cas particuliers, il peut être nécessaire de préciser comment se rendre sur les lieux de l'expertise.

2) Obtention des pièces médicales

La convocation adressée au demandeur doit préciser quelles sont les pièces nécessaires à l'expertise ; il est bon de lui rappeler qu'il peut obtenir son dossier médical directement sans passer par un médecin, même si cette faculté lui est laissée.

S'il est vrai que l'expert ne peut se voir opposer le secret professionnel, il n'en reste pas moins vrai que ce n'est pas à lui de constituer le dossier. Si l'expert reçoit les pièces de la part du demandeur, celles-ci sont réputées avoir été transmises contradictoirement aux parties concernées auparavant. La réception des pièces avant l'expertise peut permettre à l'expert de déterminer dans un premier temps les documents manquants qu'il faudra demander lors de l'expertise. Pour plus de clarté et pour faciliter la lecture et la compréhension ainsi que l'échange avec les parties, les pièces doivent être numérotées avec un bordereau des pièces citées par ordre chronologique.

La lecture préalable du dossier peut parfois permettre à l'expert de constater que plusieurs établissements ou intervenants peuvent être concernés, alors qu'ils n'apparaissent pas au nombre des parties ; il doit alors demander au président de les faire citer dans une mission complémentaire.

3) Le lieu de l'expertise

Les locaux doivent être accessibles en particulier lorsqu'il s'agit de recevoir une personne gravement handicapée. Ils doivent aussi être adaptés pour permettre de réunir les parties et leurs assistants ou représentants.

Enfin, pour respecter l'intimité due à la personne examinée, il est souhaitable que la table d'examen soit isolée par un paravent, même si le plus souvent les non médecins se retirent au moment de l'examen clinique.

III. Pendant l'expertise

1) Présentation du déroulement des opérations

Il convient que l'expert précise en quelques mots la nature de sa mission. Il lui faut prendre connaissance des noms et qualités des personnes présentes à l'expertise et les noter dans son rapport.

2) Audition des parties

Il appartient à l'expert de « prendre » la main et de la garder : il doit montrer qu'il est maître des opérations et faire respecter le déroulement de l'expertise sans se laisser déborder par une partie ou une autre : l'expertise n'est pas un lieu pour « plaider » ou « requérir », mais une opération visant à donner un avis technique sur des questions précises. Il importe donc que l'expert contrôle les interventions de chacun, évitant des dérapages nuisibles au climat de l'expertise : il doit veiller à ce que personne autre que lui-même n'interrompe le discours d'une des parties en cause et qu'il interroge.

L'expert devra veiller à s'exprimer en langage clair, compréhensible par tous et en particulier par le demandeur.

Enfin, l'expert se gardera de toute familiarité avec ses confrères présents à l'expertise, que ceux-ci soient mis en cause ou assistant(s) technique(s), attitude qui risquerait de mettre en doute son objectivité.

a. Audition du demandeur

Le demandeur assiste sans doute à sa première expertise et est donc peu préparé à ce type d'exercice ; il importe que l'expert puisse à la fois le laisser s'exprimer, l'interroger sans être trop incisif, mais aussi canaliser son discours afin de garder la maîtrise complète du déroulé des opérations.

b. Audition du (des) professionnel(s) de santé mis en cause

L'expert doit respecter le caractère contradictoire de l'expertise. Il doit aussi laisser s'exprimer le(s) professionnel(s) de santé, l'(les)interroger sans se départir de son objectivité mais aussi dans le respect de la déontologie médicale.

3) La discussion

La discussion qui suit les auditions et l'examen clinique sera réalisée de manière contradictoire : elle permet de recueillir l'avis du demandeur, de toutes les parties en cause et de leurs assistants techniques, tant sur l'analyse des faits que sur l'évaluation du dommage.

Il faut rappeler qu'aucune discussion relative à l'expertise ne pourra être réalisée en dehors de la présence du demandeur ou de son conseil, médecin ou avocat.

IV. Après l'expertise

L'expert procèdera à la rédaction de son rapport qui reproduit les trois démarches successives suivies lors de son expertise : d'abord décrire les circonstances de survenue du dommage, puis analyser les faits, enfin répondre aux questions de la mission relatives à l'origine du dommage et à son évaluation. Ce dernier aspect portera sur l'imputabilité et les postes de préjudice soumis à évaluation de l'expert, à partir desquels le président et les membres d'une CRCI se prononceront sur les préjudices à indemniser

A. Analyse des faits - questions de la mission

1) Le dommage et les circonstances de sa survenue

Bien entendu, l'expert devra développer tous les points de la mission et en particulier ceux relatifs à l'état pathologique initial ayant conduit à l'acte de soins, de diagnostic ou de prévention mis en cause. Il est en effet primordial que l'évolution habituelle de cet état pathologique soit analysée et bien décrite, afin de pouvoir faire la part des choses entre

- ✓ ce qui revient à l'évolution prévisible de la pathologie présentée
- ✓ et ce qui constitue des conséquences anormales au regard de cette évolution.

L'expert devra aussi préciser si le patient présentait un état antérieur susceptible de représenter un état de vulnérabilité spécifique. En effet, il est nécessaire que l'expert se prononce sur le caractère exclusif ou non de l'imputabilité du dommage aux causes retenues, en indiquant si l'état antérieur a pu interférer avec le dommage ou s'il a été influencé par le dommage lui-même.

2) L'origine du dommage et l'analyse médico-légale

L'imputabilité du dommage à un acte de diagnostic, de prévention ou de soins doit être explicitée.

L'expert doit préciser si l'état présenté est la conséquence prévisible de l'évolution de la pathologie initiale ou s'il est la conséquence d'un événement indésirable (accident médical, affection iatrogène ou infection nosocomiale) ; dans ce cas, il devra préciser en quoi les atteintes, affections ou troubles observés ou allégués par le patient présentent un caractère anormal au regard de l'évolution prévisible de la pathologie initiale.

Il précisera alors si le dommage présenté découle d'un non respect des règles de l'art, en particulier celles relatives :

- ✓ à l'établissement du diagnostic, au choix, à la réalisation et à la surveillance des investigations et du traitement,
- ✓ à la forme (nécessité ou non de documents écrits), la qualité et le contenu de l'information donnée au patient sur les risques courus, en précisant, en cas de survenue de tels risques, quelles auraient été les possibilités et les conséquences pour le patient de se soustraire à l'acte effectué,

- ✓ aux moyens en personnels et matériels mis en œuvre en précisant s'ils correspondent aux référentiels connus.

L'expert déterminera aussi si l'imputabilité est totale ou partielle, en prenant en considération les données relatives à l'état de santé relatif à la pathologie présentée avant les actes de prévention, de diagnostic ou de soins dont il a fait l'objet et à un éventuel état antérieur susceptible de représenter un état de vulnérabilité.

Dans tous les cas, il convient que l'expert cite dans son rapport les références de la littérature sur lesquelles il s'appuie, en particulier pour ce qui concerne la nature et le caractère habituel ou exceptionnel de survenue de l'évènement indésirable, que celui-ci soit ou non la conséquence d'un non respect des règles de l'art. Ces références seront annexées au rapport d'expertise.

B. Évaluation des dommages

Quelle que soit la réponse aux questions posées, l'expert s'efforcera de donner les informations nécessaires à la commission concernant les séquelles dont l'évaluation est soumise à son expertise.

Il doit s'attacher à isoler ce qui relève des seules conséquences de l'évènement indésirable et ce qui relève de l'évolution de la pathologie elle-même et d'un éventuel état de vulnérabilité intercurrent, en argumentant sa position et en faisant la part des choses lorsqu'il existe une imputabilité partielle.

La réparation étant intégrale, les postes à évaluer sont ceux habituellement retenus pour indemniser un dommage corporel, répartis en postes temporaires et postes permanents : cette évaluation ne différant pas des autres cadres dans lesquels est diligentée une expertise, il ne sont pas développés sauf pour quelques points particuliers issus de la nomenclature Dintilhac, notamment les gênes temporaires et l'atteinte à l'intégrité physique et / ou psychique.

1) Postes temporaires

a. Les gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire.

Totale ou partielle, dégressive à partir de l'accident jusqu'à la consolidation, la durée des gênes temporaires doit être précisée et le médecin devra décrire la nature des gênes ressenties ainsi que les moyens – humains ou matériels – mis en place pour pallier le handicap en résultant.

b. L'arrêt temporaire des activités professionnelles

Il s'agit de prendre en considération le retentissement des séquelles sur la sphère professionnelle de la victime indépendamment des gênes temporaires relatives à sa vie personnelle, et ce, pendant la période précédant la consolidation.

C'est « l'arrêt de travail ».

c. Les frais médicaux

2) Postes permanents

a. L'atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou psychique constitutive d'un déficit fonctionnel permanent

Elle correspond à l'ancienne IPP. L'expert chiffrera le taux d'AIPP par référence au « barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales », publié à l'annexe 11-2 du code de la santé publique comme le précise le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 ; au cas où le barème ne comporte pas de référence, l'expert informera, par avis motivé, la commission régionale qui lui a adressé la mission, des références à l'aide desquelles il a procédé à l'évaluation.

b. Les souffrances endurées

c. Le dommage esthétique

d. Le retentissement éventuel des séquelles sur :

- l'activité professionnelle, scolaire
- la vie sexuelle
- les activités d'agrément effectivement pratiquées antérieurement

e. Les frais médicaux futurs nécessaires après consolidation

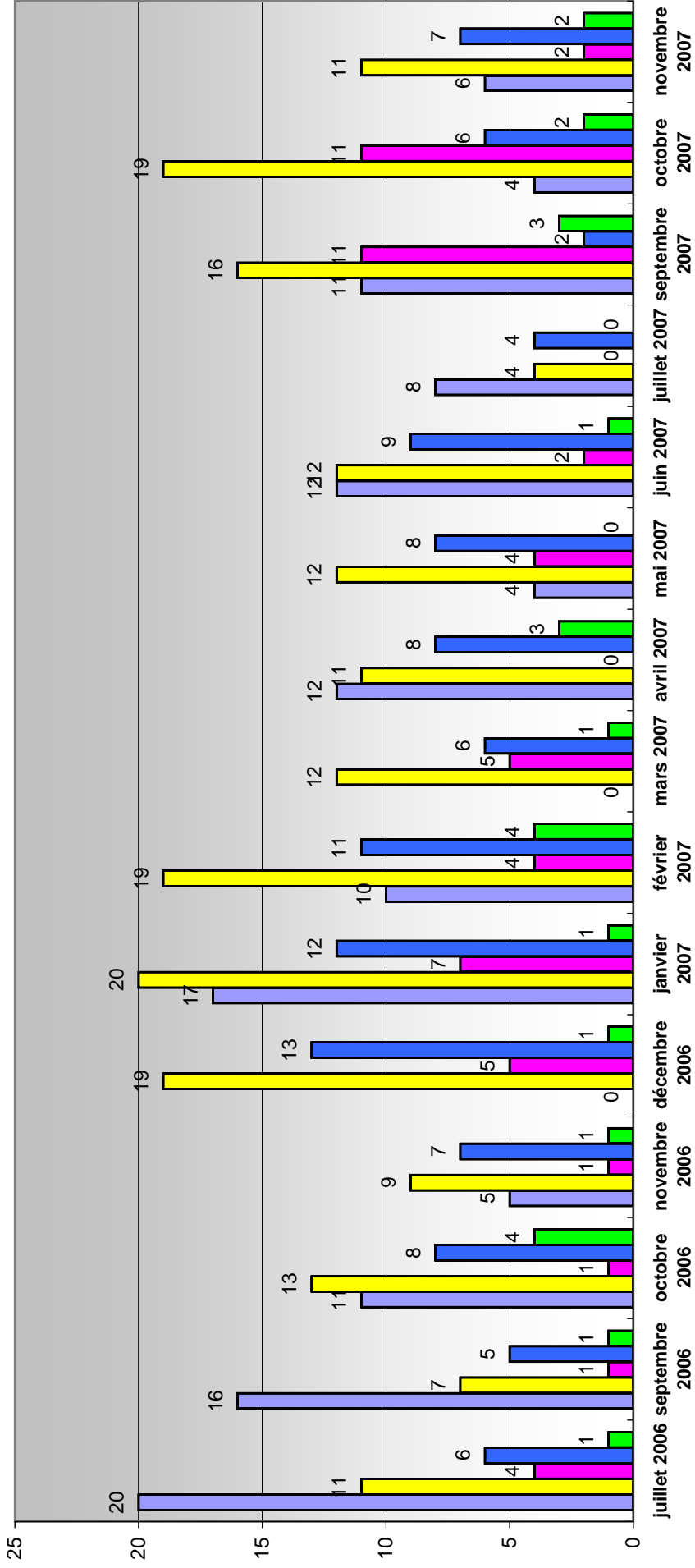
f. En cas de perte d'autonomie, l'analyse des besoins et aides matériels et/ou humains nécessaires.

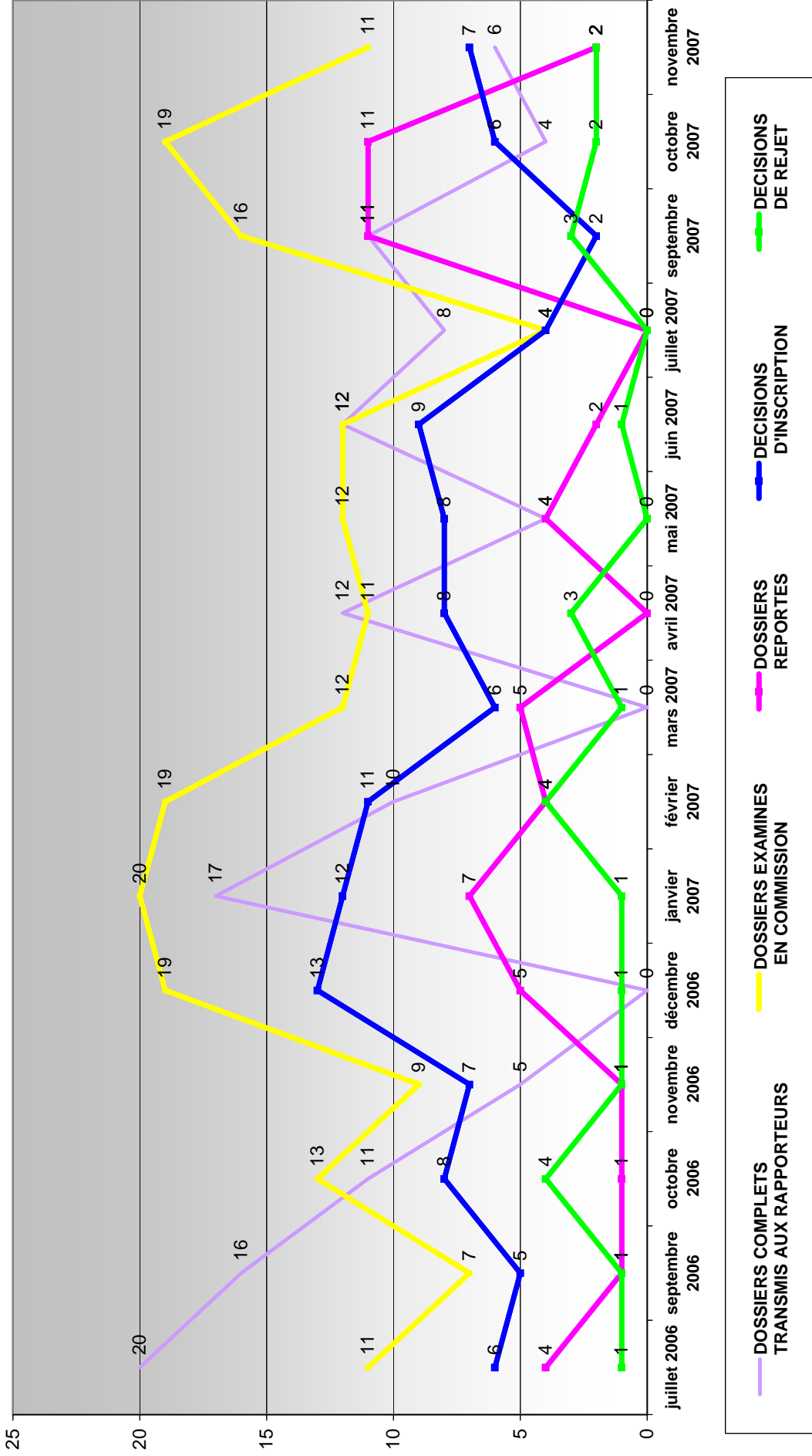
*

Le rapport d'expertise doit comporter en termes techniques puis en termes abordables par tous, 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.

**Annexe n° 16 : Suivi des dossiers de candidature à l'inscription sur la liste nationale
des experts en Accidents Médicaux**

MOIS	DOSSIERS COMPLETS TRANSMIS AUX RAPPORTEURS	DOSSIERS EXAMINES EN COMMISSION	DOSSIERS REPORTES	DECISIONS D'INSCRIPTION	DECISIONS DE REJET
juillet 2006	20	11	4	6	1
septembre 2006	16	7	1	5	1
octobre 2006	11	13	1	8	4
novembre 2006	5	9	1	7	1
décembre 2006	0	19	5	13	1
janvier 2007	17	20	7	12	1
février 2007	10	19	4	11	4
mars 2007	0	12	5	6	1
avril 2007	12	11	0	8	3
mai 2007	4	12	4	8	0
juin 2007	12	12	2	9	1
juillet 2007	8	4	0	4	0
septembre 2007	11	16	11	2	3
octobre 2007	4	19	11	6	2
novembre 2007	6	11	2	7	2





**Annexe n° 17 : Liste des domaines de compétence des experts en accidents médicaux
(actualisée le 10/12/2007)**

Anesthésie-réanimation

Anesthésie-réanimation, mention particulière : anesthésie loco-régionale

Angéiologie

Cardiologie et maladies vasculaires

Chirurgie cardio-vasculaire

Chirurgie cervico-faciale

Chirurgie dentaire

Chirurgie digestive

Chirurgie générale, mention particulière : cancérologie digestive

Chirurgie gynécologique, mention particulière : cancérologie

Chirurgie ophtalmologique

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie orthopédique et traumatologique de l'adulte

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

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie pédiatrique

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

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

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

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie du rachis

Chirurgie pédiatrique, mention particulière : chirurgie viscérale

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Chirurgie thoracique

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Chirurgie urologique de l'adulte

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale

Chirurgie viscérale, mention particulière : cancérologie

Chirurgie viscérale, mention particulière : cancérologie digestive

Chirurgie viscérale, mention particulière : cancérologie du sein

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie coelioscopique

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive
Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive et chirurgie endocrinienne
Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive et endocrinienne
Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie hépatobiliaire
Chirurgie viscérale et coelioscopique
Dermatologie
Dermato-vénéréologie, mention particulière : médecine esthétique
Gastro-entérologie et hépatologie
Gériatrie
Gynécologie médicale et obstétrique
Gynécologie-obstétrique
Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine fœtale
Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale
Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale et diagnostic prénatal
Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale, diagnostic prénatal et assistance à la procréation
Gynécologie-obstétrique, mention particulière : oncologie gynécologique et mammaire
Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine de la reproduction
Hépatogastro-entérologie
Hygiène hospitalière
Infectiologie biologique
Infectiologie biologique et hygiène
Infectiologie clinique
Infectiologie clinique et hygiène
Maladies infectieuses, parasitaires et tropicales (option clinique)
Masso-kinésithérapie
Médecine d'urgence
Médecine générale
Médecine générale, mention particulière : gériatrie
Médecine interne
Médecine interne, mention particulière : pneumologie et allergologie
Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
Neurochirurgie
Neurochirurgie, mention particulière : chirurgie du rachis
Neurochirurgie, mention particulière : chirurgie rachidienne

Neurochirurgie, mention particulière : neuro-oncologie
Neurologie
Neuroradiologie
Neuroradiologie, mention particulière : radiologie interventionnelle
Ophtalmologie
Ophtalmologie, mention particulière : ophtalmologie médicale
Oto-rhino-laryngologie
Oto-rhino-laryngologie, mention particulière : phoniatrie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
Pédiatrie
Pédiatrie, mention particulière : réanimation néonatale et pédiatrique
Pneumologie
Psychiatrie
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Radiologie et imagerie médicale, mention particulière : radiologie interventionnelle
Réanimation médicale
Réanimation médicale, mention particulière : pathologie infectieuse
Réparation du dommage corporel
Rhumatologie
Rhumatologie, mention particulière : iatrogénèse
Soins infirmiers
Stomatologie
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Urologie
Urologie, mention particulière : adultes

Outil d'aide à la préparation de l'évaluation des besoins en aide humaine lors de l'expertise médicale de la CRCI (à transmettre aux victimes d'accidents médicaux au moment de la convocation à l'expertise)

Dans le cadre du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux, la loi du 4 mars 2002 a prévu que des experts, inscrits sur une liste nationale, évaluent notamment les besoins en aide humaine de la victime de l'accident médical.

Afin d'évaluer au mieux vos besoins en aide humaine avant de rencontrer l'expert désigné par la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI), un tableau d'aide a été élaboré. Cet outil, que vous trouverez ci-joint, n'est pas exhaustif. Il est destiné à vous aider à repérer vos difficultés absolues ou graves pour réaliser les activités que vous auriez effectuées sans la survenue de l'accident médical. Ce document doit être rempli par vos soins et non pas par l'expert, même en votre présence.

Le besoin d'aide doit être évalué sans tenir compte de l'aide de l'entourage. Il y a lieu, pour chaque rubrique, de faire « comme si » vous viviez seul, pour que toutes les conséquences directement imputables à cet accident soient prises en compte. En revanche, n'hésitez pas à vous faire aider par votre entourage pour remplir le tableau.

ATTENTION : il faut bien distinguer les besoins d'aide humaine directement générés par l'accident médical **avant** la consolidation de ceux qui sont définitifs après la consolidation. Il y a lieu de préciser cela à l'expert, afin qu'il puisse distinguer les besoins temporaires des besoins définitifs.

MISE EN GARDE : cet outil n'a pas pour objet de fournir un minutage, acte par acte, mais de donner des éléments d'appréciation à l'expert pour élaborer la « journée type » sur 24 heures dans le rapport d'expertise, si vos séquelles sont importantes et ont une incidence particulière sur le déroulement quotidien de votre vie (et pas seulement son vécu subjectif) et à la CRCI qui examinera ensuite votre dossier au regard du rapport déposé par l'expert.

Une fois le tableau complété (en cochant les cases qui correspondent à votre situation), vous en confierez une photocopie à l'expert qui l'annexera à son rapport, de telle façon que les membres de la CRCI puissent en prendre connaissance en temps utile.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à contacter une association de santé ou de personnes handicapées qui pourra vous accompagner dans vos démarches.

Date à laquelle le document a été rempli....

ACTIVITES	Sans aide	Avec l'aide d'un appareil	Avec l'aide de quelqu'un	Précisez l'aide humaine : conjoint, parent, aide ménagère, auxiliaire de vie, personnel de santé (infirmière, kinésithérapeute, autre...)
I - Se mouvoir				
1.1. Sortir du lit				
1.2. Se mettre debout				
1.3. Se maintenir debout				
1.4. Faire ses transferts ¹				
1.5. Marcher ²				
1.6. Se relever en cas de chute				
1.7. Ramasser un objet tombé				
1.8. Se déplacer dans le domicile				
1.9. Se déplacer à l'extérieur du domicile				

¹ Préciser le type de transfert qui peut être effectué seul ou non depuis le fauteuil roulant et depuis le lit : jusqu'au WC, jusqu'au lit, jusqu'à la voiture, jusqu'à la chaise, etc...

² Préciser si le périmètre de marche est limité et quelles sont les aides utilisées.

ACTIVITES	Sans aide	Avec l'aide d'un appareil	Avec l'aide de quelqu'un	Préisez l'aide humaine : conjoint, parent, aide ménagère, auxiliaire de vie, personnel de santé (infirmière, kinésithérapeute, autre...)
J.10. Descendre les escaliers				
1.11. Monter les escaliers				
1.12. Se rendre au lieu de travail et/ou dans un lieu extérieur à son domicile				

II – Satisfaire ses besoins et organiser son quotidien				
2.1. Préparer son repas				
2.2 Prendre son repas				
2.2. Utiliser les toilettes ³				
2.3. Faire sa toilette				
2.4 Prendre ses médicaments et les reconnaître				
2.5. S'habiller et se déshabiller				
2.6. Savoir mettre ses appareils				

³ Besoin d'aide humaine pour l'utilisation d'un bassin, d'un urinal, d'une sonde, de l'installation sur la cuvette des WC.

ACTIVITES	Sans aide	Avec l'aide d'un appareil	Avec l'aide de quelqu'un	Précisez l'aide humaine : conjoint, parent, aide ménagère, auxiliaire de vie, personnel de santé (infirmière, kinésithérapeute, autre...)
2.7. Savoir enlever ses appareils				
2.8. Parler et se faire comprendre				
2.9. Entendre				
2.10 Voir				
2.11. Se repérer dans l'espace				
2.12. Se repérer dans le temps				
2.13. Se rendre au lieu de travail				
2.14. Rester propre corporellement				
2.15. Se sortir d'une situation de danger ⁴				
2.16. Utiliser des appareils et techniques de communication				
2.17. Changer les draps en raison d'une incontinence				
2.18. Laver et repasser ses vêtements				

⁴ Savoir et pouvoir prendre les initiatives nécessaires pour se sortir d'une situation de danger tel un incendie.

ACTIVITES	Sans aide	Avec l'aide d'un appareil	Avec l'aide de quelqu'un	Précisez l'aide humaine : conjoint, parent, aide ménagère, auxiliaire de vie, personnel de santé (infirmière, kinésithérapeute, autre...)
2.19. Faire son ménage				
2.20. Faire ses courses				
2.21. Gérer son budget ; assumer la gestion des factures de consommation courante (EDF, GDF...)				
2.22. Réaliser les démarches administratives courantes et/ou exceptionnelles ⁵				

III – Qualité de vie	oui	non	observations
3.1. La présence d'autrui améliore-t-elle votre humeur ?			
3.2. L'aide d'autrui facilite-t-elle la vie de famille et relationnelle ?			
3.3. L'aide d'autrui est-elle nécessaire pour effectuer une activité de loisir, sportive ?			
3.4. La maîtrise de votre comportement est-elle améliorée par la présence d'autrui ?			

⁵ Y compris l'organisation des consultations médicales et/ou les démarches liées à l'emploi de tierce(s) personne(s).