

RESUME

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé vise, dans son ensemble, à reconnaître au patient une nouvelle place dans le système de santé au travers de nouveaux droits et d'une nouvelle place active dans le système de santé.

Le chapitre qui a fait l'objet de ce mémoire est le chapitre IV de cette loi qui vise la prise en charge des risques sanitaires. La réparation des accidents médicaux est un problème qui a occupé les législateurs depuis plus de vingt ans et qui a donné naissance à de multiples propositions de loi à ce sujet. Cette loi est le résultat de multiples débats, de décisions de justice et d'affaires litigieuses retentissantes. Autant d'essais qui ne font que montrer la complexité des intérêts en cause et de la multiplicité des objectifs à atteindre.

La situation qui a préexisté à la loi était tout aussi insatisfaisante du point de vue des patients que de celui des professionnels de santé.

Les patients étaient dans une situation d'injustice et d'inégalité. Une première inégalité existait vis-à-vis des autres régimes d'indemnisations. En effet, se sont développés des réglementations spécifiques suivant la nature du dommage (accidentés de la route, victimes d'actes de terrorisme...). En parallèle d'une jurisprudence qui étendait la notion de faute pour inclure les dommages non fautifs au sens strict, l'Etat s'est instauré en assurance en assumant la répartition des risques et la redistribution des charges anormales. A la veille de l'adoption de la loi du 4 mars 2002, les situations dommageable non couvertes par une assurance ou la solidarité nationale, devenait l'exception. L'aléa était l'une de ces exceptions.

Une deuxième inégalité existait avec les victimes d'accidents médicaux fautifs. Du point de vue de la victime, le dommage était le même dans une situation, qui n'avait, pour seule différence, que l'existence d'une faute d'un professionnel de santé.

Une troisième inégalité était celle qui existait entre les victimes d'aléas thérapeutiques, que le dommage ait eu lieu dans une institution privée ou publique, par un professionnel de santé du privé ou du public. En effet, il est important de rappeler que les deux juridictions, judiciaires et administratives, n'avaient pas la même attitude face à l'interprétation de la faute et les conditions d'indemnisations des cas d'aléas. Le Conseil d'Etat¹ avait admis l'indemnisation

¹ Arrêt Bianchi, CE, 9 avril 1993, rec. p. 127

de l'aléa thérapeutique sous certaines conditions strictes, au contraire de la Cour de Cassation² qui en avait exclu la possibilité.

Face à cette situation, dans un souci de justice et d'équité, les juges ont eu tendance à permettre l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs au travers d'une responsabilité médicale étendue par une interprétation large de la faute. Il n'était plus acceptable de laisser seules ces victimes et surtout de les laisser sans moyens. Mais la prise en charge du risque, faute d'alternative, avait été mis sur les professionnels de santé et leurs assurances. C'était une situation de judiciarisation systématique des contentieux médicaux qui tendait à créer une situation d'inconfort chez les professionnels de santé dans l'exercice de leurs pratiques.

Fort de ces constatations le législateur a voulu y répondre par la création d'un droit à l'indemnisation de l'accident médical non fautif et d'une procédure amiable des contentieux en responsabilité médicale ; l'ensemble étant regroupé dans un même système.

Ce nouveau système a entraîné la création de trois entités. La première, les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI), ont pour mission de sélectionner les dossiers, de mandater les expertises et de faciliter le règlement amiable de contentieux en responsabilité médicale. La deuxième, l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), a pour principale mission d'indemniser les victimes d'accidents médicaux non fautifs ou leurs ayants droits au titre de la solidarité nationale. La troisième, la Commission Nationale des Accidents Médicaux (CNAM), a pour mission de créer la liste nationale des experts en accidents médicaux et l'harmonisation des actions des CRCI.

C'est un système qui permet l'accès à une indemnisation des accidents médicaux non fautifs et un règlement amiable des accidents médicaux fautifs. L'accès à ce système n'est possible qu'aux dommages ayant atteint un certain seuil de gravité. Ces seuils de gravité sont au nombre de quatre. Il faut que le dommage soit égal ou supérieur à 24% d'IPP, ou ait entraîné une durée d'incapacité temporaire de travail (ITT) au moins égale à six mois consécutifs ou égale à six mois non consécutifs sur une période de douze mois. A titre exceptionnel, seront recevables les dossiers contenant une déclaration d'inaptitude définitive à exercer l'activité professionnelle que la victime exerçait avant l'accident médical, de l'affection iatrogène et de

² Bull.civ. I, n°287, rapp. Ann. C. cass., 2000, p. 384

l'infection nosocomiale ou que la victime ait subi des troubles particulièrement graves, y compris économiques dans ses conditions d'existence. Ne seront recevables que les dommages dont le fait générateur s'est produit avant la date du 5 septembre 2001.

La distinction entre accident médical fautif ou non fautif se fait a posteriori par une expertise, qui sera le fondement de l'avis des CRCI. Cette distinction permettra de diriger les victimes soit vers un règlement amiable s'il y a faute soit vers une indemnisation par la solidarité nationale s'il n'y a pas faute. Les dossiers qui s'avèreront, a posteriori, inférieurs aux seuils de gravité seront dirigés vers une procédure de conciliation, pris en charge par les CRCI.

Le poids de la prise en charge de l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs se fait par la solidarité nationale. Cette indemnisation ne concerne que les dommages, ayant atteint un certain seuil de gravité, causés par un accident médical non fautif. Ces seuils de gravité sont les mêmes que pour les conditions de recevabilité vu ci-dessus. Faisant suite à différentes réclamations des assurances, la loi du 31 décembre 2001 a aussi mis à la charge de la solidarité nationale, les dommages, supérieurs à 24% d'IPP, causés par une infection nosocomiale. Le travail dont il est question ici s'est limité aux problématiques liées à la prise en charge de l'accident médical fautif ou non.

L'étude de l'adéquation du système des CRCI semblait inévitable puisque de son bon fonctionnement dépendra la bonne prise en charge de l'accident médical non fautif et l'évolution du règlement amiable des accidents médicaux. C'est une étude qui a été menée face aux réalités pratiques de sa mise en œuvre et du questionnement éthique qui en découlait. Ce système étant très récemment mis en place, le travail qui devait être fait ne pouvait avoir la prétention d'une véritable évaluation. Il reste encore beaucoup d'incertitudes que seul le temps pourra infirmer ou confirmer. Nous avons donc mené ce travail dans une optique prospective. L'adéquation de ce système ne peut se comprendre qu'en déterminant les objectifs sous jacents à cette démarche. Le système mis en place par la loi du 4 mars 2002 voulait répondre à trois objectifs principaux, qui sont l'indemnisation des accidents médicaux non fautifs, le recadrage de la responsabilité médicale et enfin le désengorgement des instances juridiques, en vue d'une indemnisation facilitée et rapide des victimes.

En vue d'une étude méthodologique, un guide d'entretien semi-directif a été constitué. Il s'adressait à des médecins, les présidents des CRCI et des membres de l'ONIAM. Les résultats de la méthodologie ont permis de répondre en partie aux problématiques posées.

Premièrement un nouveau droit à l'indemnisation de l'accident médical non fautif émane d'un courant de pensée sociale, où le risque est de moins en moins toléré et où il faut toujours un coupable. Il ressort des entretiens que la plus forte demande portait sur l'indemnisation de l'aléa thérapeutique et sa reconnaissance. La question de la légitimité sociale de l'indemnisation des aléas thérapeutiques est apparue quasi unanimement comme une évidence pour les personnes interrogées. Pour certaines d'entre elles, une telle reconnaissance et un tel droit étaient une question de justice et de solidarité, pour d'autres ce droit répondait à une évolution sociale et la loi devait y répondre.

C'était aussi une question de choix, de responsabilité et de répartition des risques entre les acteurs de la société. Une des grandes critiques et peurs qui était apparue lors des débats parlementaires était qu'en favorisant une indemnisation systématique des accidents médicaux on aille vers une déresponsabilisation des professionnels de santé et des établissements de santé dans la lutte contre les risques. Ce que relève cette crainte de la déresponsabilisation c'est une banalisation de l'indemnisation des accidents médicaux. L'indemnisation par la solidarité nationale doit rester celle des aléas thérapeutiques, la responsabilité pour faute étant maintenue. Il ne faudrait pas que ce système tombe dans une prise en charge large de la solidarité nationale des accidents médicaux. Ce choix relève de l'éthique de la responsabilité et par respect à cette idée la distinction entre la faute et l'aléa doit être claire. Pour la majorité des personnes interrogées, ce risque n'est pas présent dans l'état actuel des choses ; soit que le risque n'existait initialement pas, soit que les mécanismes de la loi empêchaient leurs réalisations. Pour les autres, c'est un risque envisageable mais c'est dans la pratique que nous verrons s'ils se réalisent.

C'était aussi un choix à portée éthique puisqu'en faisant porter le poids du risque individuel à la collectivité, pour des raisons politiques et budgétaires, comme l'ont relevé la majorité des personnes interrogées, seules les victimes de dommages graves seront indemnisées. Il fallait faire un choix entre indemniser toutes les victimes ou seulement celles qui sont les plus gravement touchées, entre une indemnisation forfaitaire ou intégrale.

Le choix d'une indemnisation de l'aléa thérapeutique limité aux dommages les plus graves peut donc se justifier. Mais ce que l'on peut déjà constater, c'est que l'inégalité pourra émerger de l'hétérogénéité d'interprétation de ces seuils par les CRCI. Une réalité bien présente dans les entretiens menés lors de ce travail. C'est là un point important quant à l'adéquation de ce système, qui fait, d'ailleurs, déjà l'objet de discussions entre les acteurs du système.

Deuxièmement, l'indemnisation de l'accident médical était aussi un moyen de recadrer la responsabilité médicale autour de la faute. Cette notion de faute est le point essentiel de la responsabilité médicale, puisqu'elle en est l'élément constitutif : plus la notion de faute est interprétée largement et plus la responsabilité médicale est large. De la notion de faute se définit l'aléa thérapeutique. Le législateur n'a pourtant pas défini clairement la faute. Un véritable recadrage de la responsabilité médicale était-il réaliste en l'absence d'une distinction claire et uniforme entre accident fautif ou non ? La notion de faute est bien plus complexe qu'il n'y paraît. D'ailleurs, on peut constater dans les entretiens une certaine hétérogénéité des définitions données. De cette distinction pourra dépendre l'efficacité du système des CRCI, comme le relève certaines personnes interrogées.

Au-delà de ces questions théoriques, on se rend vite compte en parlant avec des médecins que la distinction entre faute et aléa est en pratique bien plus complexe et elle l'est encore plus du point de vue de l'expertise. A ce stade de la réflexion, on voit déjà le rôle essentiel que devra jouer l'expertise dans le système des CRCI et la nécessité d'une certaine harmonisation des outils de mesures. C'est de l'expertise que des dossiers seront admis ou rejetés, admis dans la procédure de règlement amiable, ou indemnisé par la solidarité nationale. Comme le relèvent plusieurs des personnes interrogées, la crédibilité de ce système repose aussi sur la réforme de l'expertise. Conscient du problème général de l'expertise, le législateur a prévu une réglementation de l'expertise pour les accidents médicaux. Autant d'engagements nécessaires et a priori adéquats mais qui en pratique sont décevants pour la majorité des personnes interrogées. Nous sommes deux ans après l'adoption de cette loi, l'activité des CRCI et de l'ONIAM est déjà en plein régime et la réforme n'est toujours pas faite.

Troisièmement, l'objectif de la loi du 4 mars 2002 était de désengorger les institutions judiciaires et d'offrir une indemnisation plus rapide et facilitée aux victimes d'accidents

médicaux. en vue d'une déjudiciarisation du contentieux en responsabilité, dans le cadre d'une procédure spécifique de règlement amiable. Pourtant, cette procédure n'est ouverte qu'aux victimes de dommages les plus graves excluant ainsi les victimes de petits dommages, qui n'auront pas d'autres choix que de se retourner vers le juridique, sachant qu'en pratique ce sont ces dommages qui sont les plus faciles à régler à l'amiable! Par le choix de n'admettre dans le système des CRCI que les dommages les plus lourds on laisse à la justice les dossiers les moins graves mais aussi les plus nombreux. On voit concrètement qu'il y a une certaine contradiction entre le choix du système et la volonté de désengorger le système judiciaire. On a par la même occasion décalé l'inégalité préexistante entre victimes d'accidents médicaux fautifs et non fautifs, vers une inégalité entre victimes d'accidents « graves » et « non graves » quant à l'accès d'une procédure de règlement amiable.

Dans la volonté de créer un accès facilité et gratuit pour les victimes d'accidents médicaux , il a été noté par huit personnes interrogées qu'il en découle un net manque d'accompagnement des victimes. Initialement ce rôle d'accompagnement aurait dû être joué par les associations de patients, qui sont clairement intégrés au fonctionnement des CRCI. Pour l'instant elles ne tiennent pas le rôle qui était attendu d'elles et c'est un point très important. En effet ce système doit aider les victimes non seulement à se faire indemniser mais aussi à être soutenues dans leurs démarches.

La loi du 4 mars 2002, en instituant le système des CRCI a voulu résoudre beaucoup de problèmes en une solution. On remarque par la complexité du débat que le législateur s'est retrouvé dans un système devant combiner de multiples intérêts qui sont pour la plupart contradictoires. Il en ressort un système complexe ou chaque partie implique une multitude de paramètres et de conséquences. On peut prendre ce régime comme une solution ou comme une alternative. Mais en l'état actuel des choses on peut déjà présager que le système mis en place par la loi du 4 mars 2002 sera plus une alternative qu'une solution en soi. Il faut lui laisser le temps de se mettre en place et de se cadrer dans un contexte encore incertain.