

Bref bilan des CRCI

D.-H. MATAGRIN¹

Mots-clés : Accidents médicaux, Indemnisation des victimes, Responsabilité médicale.

TITLE: Summary Report of the Regional Commissions for the Compensation of Victims of Medical Accidents (CRCI).

Key-words: Medical accidents, Compensation for victims, Medical responsibility.

Les risques médicaux : une **intolérance croissante** du corps social au risque en général, et, spécialement à ceux-ci, qui touchent au plus intime de l'être (son corps, sa vie...).

Leur indemnisation : un vieux « **serpent de mer** », qui avait donné lieu à nombre de réflexions et propositions, qui ont, finalement, débouché sur la loi dite « Kouchner »...

Le dispositif issu de la **loi du 4 mars 2002** : un « paysage » bien transformé, tant organique (création de nouvelles institutions dédiées à l'indemnisation de ces risques) que juridique (règles de fond gouvernant le droit à être indemnisé pour les victimes).

AVERTISSEMENT

Un dispositif **récent** (mis en place début mai 2003) et une expérience personnelle encore **limitée** (15 % de la population et des dossiers déposés), alors qu'il y a un **manque de visibilité globale** (cf. un fâcheux avis de la CADA du 19 avril 2004, qui empêche la publication d'avis rendus par les commissions, à l'instar des décisions des juridictions – alors qu'ils présenteraient le plus grand intérêt pour la doctrine et les praticiens).

La nécessité de rester **prudent** : il y a encore des tâtonnements et des incertitudes (y compris sur l'in-

1. Président des CRCI Auvergne, Bourgogne et Rhône-Alpes, 119, avenue Maréchal de Saxe, 69003 LYON (France).

interprétation des textes), et, des différences locales (plus dans les pratiques que sur le fond, néanmoins).

I. PRÉSENTATION SOMMAIRE DU DISPOSITIF

I.1. Les trois piliers du dispositif

* **Les CRCI** (commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) :

- Traitent de **plaintes** en raison de dommages relatifs au système de santé ;

- Sont composées de **21 membres** : 9 catégories intéressées (avec parité entre usagers et acteurs du système de santé, outre les payeurs et personnalités qualifiées), avec des « dosages » subtils, sous la présidence d'un magistrat (judiciaire ou administratif).

* **L'ONIAM** (Office national d'indemnisation des accidents médicaux etc.) :

- Un « **fournisseur** » de moyens, matériels et humains, de fonctionner, pour les commissions ;

- Un « **payeur** » dans les cas de « solidarité nationale », pour les victimes.

* **La CNAM** (Commission nationale des accidents médicaux) :

- Une mission **générale** : vis-à-vis des commissions, superviser, harmoniser leur fonctionnement et leurs pratiques (un pouvoir de « recommandation ») ;

- Un rôle **spécifique** : en matière d'expertise – dont, celui de dresser une liste d'experts spécialisés en accidents médicaux.

I.2. Les CRCI

* **Commission** :

- Ni une juridiction, ni un « ersatz » de juridiction, une **commission administrative** (avec un statut d'indépendance) ;

- Avec la nécessité de préserver la **spécificité** de sa procédure (ne pas répliquer purement et simplement

les tribunaux), sans sacrifier sa **crédibilité** (un niveau de qualité comparable, mais par d'autres moyens).

* **Régionale** (une par région, avec des services regroupés dans 4 « pôles » géographiques) :

- Des commissions **indépendantes**, horizontalement et verticalement (pas de recours à une autorité supérieure) ;

- Des pratiques **différentes**, mais une recherche **d'harmonisation**.

* **de Conciliation** : marginalement (au 26 novembre 2007, **690** dossiers en France et 90 au pôle Lyon nord = environ **5 %** des dossiers d'indemnisation) :

- Des textes pavés de bonnes **intentions**... ;

- Des **obstacles** : de fait (le désir de conciliation n'est pas toujours au rendez-vous chez, au moins, une partie...), et, de droit (pas d'engagement financier sans l'accord de leur assureur, pour les acteurs du système de santé).

* **d'Indemnisation** (essentiellement...) :

- **Indirectement** : l'intervention de la commission n'est **qu'un moment d'un processus**, avec, dans l'« avis » qu'elle rend, un simple cadrage, factuel et juridique, avant chiffrage par le payeur lui-même, lequel fait une offre à la victime (en cas d'acceptation, le litige est éteint, avec la valeur d'une transaction) ;

- **Sans recours** : il y a eu ainsi débat sur la nature et la portée de l'« avis » rendu (éclairé, depuis, par l'avis du CE du 10/10/07 : pas de recours possible contre les décisions des commissions, en dehors d'une procédure en justice subséquente, si l'avis n'a pas été suivi).

* **des accidents médicaux** (une catégorie à la fois générique et résiduelle...).

* **des affections iatrogènes** (un concept plus précis mais extensif...).

* **et des infections nosocomiales** (une notion large et des débats...).

II. QUELQUES ÉLÉMENTS POUR UN BILAN

- **Quantitatif** (un peu de statistiques...).

- **Qualitatif** (un peu de juridique...).

II.1. Côte chiffres...

* Une réelle audience... :

• **Une part du « marché »** : importante par rapport aux autres voies d'indemnisation (équivalente à celle dévolue aux juridictions judiciaires, par exemple) ;

• **Mais « par-dessus le marché »** : un effet de substitution encore limité par rapport à la justice, car la majorité des requérants n'auraient sans doute pas fait de procès (question de coût, d'état d'esprit...).

*...Qui n'est pas sans incidences :

• **Un impact sur la sinistralité déclarée** : des répercussions économiques et psychologiques non négligeables ;

• **Des commissions parfois « sinistrées »**... (des difficultés pour certaines et un problème de capacité pour toutes : cf. délais...).

1°) Les chiffres nationaux d'activité

Au 26 novembre 2007 :

* Activité :

- **13 713** dossiers déposés
- **11 302** terminés
- **11 336** missions d'expertise (**10 899** au fond, dont **3 289** collégiales)
- **915** réunions

* Décisions :

- **3 008** rejets avant expertise (27 %), dont **1 476** pour défaut de gravité (49 %)
- **8 294** avis rendus après expertise (73 %)

* Avis au fond rendus initialement : 7 261 :

- **3 549** rejets (**49 %**), dont 1 378 pour défaut de gravité (39 %)

• **3 712** indemnisations (**51 %** ; **39 %** des dossiers terminés) ; 970 pour infections nosocomiales (29 % des indemnisations non partagées) :

- **1 728** par ONIAM (46 %), dont inf. noso. 255 (15 %)
- **1 649** par assureur (44 %), dont 715 inf. noso. (43 %)
- **335** partages (9 %)

2°) Les chiffres régionaux d'activité

Au 26 novembre 2007 (Auvergne, Bourgogne, Rhône-Alpes).

* Activité :

- **2 050** dossiers déposés
- **1 723** terminés (dont 37 radiations)
- **1 779** missions d'expertise (1 667 au fond, dont 126 collégiales)
- **130** réunions

* **Décisions : 1 686** (+ 128 avant dire droit & 110 postérieures à avis rendu) :

- **478** rejets avant expertise (28 %), dont 344 pour défaut de gravité (72%)
- **1 208** avis rendus initialement après expertise (72 %)

* Avis au fond rendus initialement : 1 208 :

- **581** rejets (48 %), dont 170 pour défaut de gravité (29 %)
- **627** indemnisations (52% ; 36 % des dossiers terminés) ; 169 pour inf. noso. (27 % des indemnisations) :
 - **358** par ONIAM (57%), dont 36 inf. noso. (10 %)
 - **237** par assureur (38%), dont 121 inf. noso. (51 %)
 - **32** partages (5 %), dont 12 inf. noso. (37 %)

Soit :

- **8** dossiers sur 10 **terminés**

- 2 dossiers sur 3 terminés par un **refus** (61 % ; 44 % **avant expertise**)
- 38 % terminés par une **incompétence**
- **Plus d'1** terminé sur 3 = **indemnisation**
- **Plus d'1 avis au fond sur 2** = **indemnisation**
- **Plus d'1 indemnisation sur 2** = **solidarité**

3°) Les indemnisations effectuées

* **Par l'ONIAM** (rapport du 1^{er} semestre 2007) : entre 50 et 60 dossiers/mois (dont 10 ou 15 % en substitution d'un assureur après refus ?) ; 1,5 % refus par victime ; 1 à 2 % refus par ONIAM ; 72 MF prévus fin 2007 ; moyenne entre 45 000 & 110 000 €. Un référentiel officiel. R.-A. au 1^{er} semestre 2007 : 48 dossiers réglés – 0 substitution –, 1 refus victime, 27 000 €. Bourgogne : 27 dossiers, 18 % sub., 33 000 €. Auvergne : sur 8, 2 sub., 24 000 €.

* **Par les assureurs** : au départ, entre 1/4 et 1/3 de refus ; en baisse : 18 % environ ?

4°) les délais constatés

* Pour l'instruction du dossier :

- Pour **complément du dossier** : 28 jours (RA) ; 44 j. (Bour.) ; 47 j. (Auv.) ; 80 de moyenne nationale (jusqu'à 171).

- Pour **expertise** : 3 mois donnés, en principe ; 4,5 mois en moyenne (R.-A.) ; 4,1 (Bour.) ; 4,5 (Auv.) ; 4,3 (nationale) ; maximum : jusqu'à 26,9 en RA, 22,2 en Bour., 18,1 en Auv., 35,1 dans un autre pôle...

* Pour rendre l'avis

- **Données nationales** : **7,8 mois** (= première décision, max. 47,2), avis positifs seuls : 10,1

- **Pôle Lyon nord** : **7,1** (positifs = 9,3)

- **Rhône-Alpes** :

- Moyenne : **7** (max. 35,5), positifs = 9,3

- Etude sur 2006-2007 :

- . 44 % : respect du délai (avec marge d'un mois)

- . 3/4 : jusqu'à 3 mois de dépassement maximum

- . 4/5 : jusqu'à 5 mois maximum

- . 1/5 : dépassement de plus de 5 mois

- **Bourgogne** : **7,3** (max. 32,1), pos. = 9,6

- **Auvergne** : **7,3** (max. 33,7), pos. = 8,9

II.2. Côte droit...

Un droit maintenant unifié (entre ordres judiciaire et administratif : une « révolution juridique »...), avec :

- Des règles **générales**
- Un régime particulier pour les **infections nosocomiales**
- Divers régimes **spéciaux** (pour mémoire)

1°) Le droit de la solidarité nationale

* **Le bénéficiaire** : le **patient** (son ayant droit après décès)

* Les conditions **préalables** :

- « **Positive** » : un lien de **causalité directe** avec un acte de prévention, diagnostic ou soins (dans l'acception la plus générale : pas de restriction pour des actes médicaux à visée non thérapeutique, par exemple).

- « **Négative** » : une **absence de responsabilité** établie (caractère « subsidiaire »).

* Les « **aléas** » réparables :

- La **gravité** du dommage : **4 critères** (qui valent aussi pour la **recevabilité** du dossier en CRCI, dans tous les cas) :

- . « **de droit commun** » : **IPP > 24 %** ; **ITT = 6 mois** (sur 12 si discontinu)

- . « **d'exception** » : **inaptitude** professionnelle ; **troubles** particulièrement graves dans les conditions d'existence (appréciés, en général, de manière compréhensive).

- **L'anormalité** du dommage, par rapport à :

- . **L'état de santé initial** du patient

- . **L'évolution prévisible** de cet état

Soit :

* Une problématique complètement **renouvelée** :

- Un **droit à «zapper»** : celui de la **responsabilité**, même sans faute (c'est une autre logique).

- Une **jurisprudence à oublier** : des conditions beaucoup moins restrictives que dans l'« arrêt **Bianchi** »...

* Un champ largement ouvert à la «**créativité**»... :

- **Des concepts à clarifier** : l'«**aléa**» et ses petits tracas (une notion ambiguë dont il faudrait se défaire...).

- **Une complexité à démêler** : la «**marguerite**» de l'anormalité... (pouvoir distinguer ce qui vient du malade et de sa maladie, et, le dommage propre apporté par l'intervention du système de santé : ce qui peut être, scientifiquement, délicat à faire).

2°) Le droit de la responsabilité

* **La responsabilité pour faute en général** :

• **Une vraie-fausse nouveauté** :

- Un principe **réaffirmé** : la responsabilité fondée sur la **faute**, soit un manquement suffisamment défini dans ses éléments constitutifs.

- Un principe qui était largement **dénaturé** : divers **biais**, dans la jurisprudence antérieure, qui constituaient plus ou moins des détournements de la responsabilité et qui sont devenus moins utiles ou légitimes dès lors qu'existe la prise en charge par la solidarité nationale.

• **Une intention à concrétiser** :

- Une indépendance du **résultat** : la commission admet que l'on puisse être faillible sans être forcément fautif... (la faute est dans le processus non dans le résultat dommageable).

- Une dépendance à des **aléas** : pour reconstituer des faits passés, dont les traces peuvent être insuffisantes ; outre les limites et incertitudes de la science médicale elle-même.

* **La responsabilité pour faute dans certains cas particuliers** :

• **L'obligation d'informer** :

- Le refus du **maximalisme** : ne pas exiger l'impossible (des **équilibres** à préserver – y compris dans l'intérêt bien compris du malade).

- Le choix du **pragmatisme** : la commission se montre exigeante pour retenir la perte de chance, même si le défaut d'information est retenu (il faut que la dommage induit soit, au moins, plausible en fait).

• **Le partage avec la solidarité** :

- Un «**dosage**» sans exclusivité : plusieurs faits distincts relevant de régimes différents ont pu concourir au dommage (cumul «**réel**», non «**idéal**»).

- Une analyse de la **causalité** : identifier la **participation** de chaque fait au dommage (difficultés de l'expertise à cet égard : un écheveau à démêler...).

3°) Le droit des infections nosocomiales

* **Des distinctions à faire** :

Pour un établissement :

• **Si absence de cause étrangère** :

- **Responsabilité sans faute** : indemnisation par **assureur**.

- **SAUF SI décès ou IPP > 25 %**, depuis loi 30/12/2002 (=> indemnisation par **ONIAM**).

• **Si cause étrangère** :

- Indemnisation par **ONIAM**.

- **SI conditions de gravité et d'anormalité** (pas nécessaires, si décès ou IPP > 25 %).

Pour un professionnel :

• **Si faute** : responsabilité (=> **assureur**).

• **Si pas faute** : **ONIAM** (si conditions «ordinaires», dont **gravité** et **anormalité** ; sinon : personne).

* **Une problématique** :

• **Une confusion à éviter** : ne pas confondre approche juridique et épidémiologique (pas de définition normative : des références, mais seulement indicatives...).

• **Des distinctions à refuser** : telles qu'endogène vs exogène ; évitable vs inévitable (toute la loi, rien que la loi...).

• **Une application à bien ajuster** :

- **Une traçabilité introuvable** : le doute doit pouvoir profiter à la victime (admettre les limites de la certitude scientifique...).

- **Un maximalisme inopportun** : la commission est sensible au risque d'effets pervers, pour ce dispositif très favorable aux victimes (l'infection doit bien être une cause **autonome, essentielle et déterminante** du dommage : par exemple, elle distingue le cas des patients qui décèdent, respectivement, **d'**une infection, et, **avec** une infection...).

4°) La procédure elle-même

* Des équilibres à trouver :

• Entre demande et défense :

- La difficile **égalité des armes**... (technique et psychologique).

- La problématique **assistance des victimes**... (notamment à l'expertise : c'est un moment souvent mal vécu, la grande majorité des requérants n'étant pas assistés).

• Entre qualité et rapidité...

- Un compromis **satisfaisant** (« rapide » ne veut pas dire « expéditif » : on peut estimer que, vaille que vaille, on a pu trouver, en général, un équilibre...).

- Un compromis **exigeant** (un effort d'adaptation pour tous : experts, avocats, commission...).

* Des défis sans cesse à relever :

• Le défi de la cohérence :

- Un constat de **différences** : des approches et pratiques qui peuvent varier d'une commission à l'autre (à relativiser néanmoins : pas plus, et sans doute moins, qu'entre juridictions !).

- Une pression de **convergence** : de l'intérieur (contacts entre présidents, représentation de l'ONIAM, des assureurs et de certaines associations dans diverses commissions...) comme de l'extérieur (doctrine et jurisprudence).

• Le défi de la confiance :

- Les racines de la **compétence** : malgré le ou grâce au panachage de « profanes » et « professionnels ».

- Les assises de **l'indépendance** : « exogène » (vis-à-vis de l'extérieur, des protections statutaires et

organisationnelles efficaces, et, s'il y a lieu, neutralisation des influences par la variété même de la composition), et, « endogène » (en général, la plupart des membres savent très bien ne pas s'enfermer dans le « jeu de rôles »).

CONCLUSION

* Une chance pour tout le monde :

• Les **plaignants** : facilité de la saisine (formalisme très réduit...), gratuité (pas de frais d'expertise à assumer, pas de ministère obligatoire d'avocat), et, rapidité (six mois, en principe pour avoir un avis, quatre mois pour une offre du payeur, et un mois pour le paiement).

• Les **juridictions** : une complémentarité (un choix offert aux plaignants, qui peuvent même faire les deux...), sans rivalité (la saisine de la commission ne peut, procéduralement, préjudicier aux instances en justice).

• Le **système de santé** : c'est son intérêt bien compris (ne pas laisser des patients se croire victimes et dénoncer ceux qu'ils estiment coupables auprès de leur entourage, sans leur donner la possibilité d'un examen crédible de leur plainte).

* Un précédent à imiter :

• Une **crise de la socialité** : notre époque se caractérise par la difficulté des membres du corps social à accepter des « règles du jeu »...

• Des **mécaniques grippées** : la justice est débordée et dénaturée, et, il y a un manque d'autres mécanismes organisés de règlement des conflits hors cette « arme nucléaire », ce « sommet dans l'escalade » qu'elle représente...

• Un **pari sur la liberté et la responsabilité** : il faudrait développer, fort de cette réussite des CRCI, ce type d'institution de règlement amiable des litiges – qui est un peu la « balance » sans le « glaive », et qui repose, en dernière instance, sur le libre choix des acteurs du conflit, lesquels, éclairés et encadrés par l'avis rendu, doivent, après avoir été des adversaires, savoir devenir des **partenaires** du règlement de leur contentieux... ■