ATELIER

3e UNIVERSITÉ D'ÉTÉ

Judiciarisation : l'exercice professionnel concerné

Entre le début des années 1990, et l'année 2000, la sinistralité, toutes spécialités médicales confondues, a doublé. Cette évolution, qui, bien entendu, est à rapporter au nombre d'actes, est aussi à différencier selon les spécialités : le taux de sinistralité est de 50 % pour les chirurgiens[1], mais seulement de 1 % pour les psychiatres.

Animateur
François Blanchecotte
Vice- président de l'UNAPL

Expert
Nicolas Gombault
Directeur général du Sou Médical

Rapporteur
Etienne Lampert
Vice- président de l'UNAPL

Depuis l'année 2000, toutefois, la question n'est pas tant celle du nombre de mises en cause - qui stagne[2]- que celle de la hausse des primes d'assurance, conséquence de la forte augmentation du niveau d'indemnisation. En obstétrique, certains accidents peuvent être indemnisés 6 millions d'euros !

À souligner, en outre, que toute mise en cause n'aboutit pas forcément à une condamnation[3] : la proportion est de 63 % au civil, et de 44 % au pénal. Les plaintes pénales concernent majoritairement la pédiatrie et l'obstétrique. Si les mises en causes au pénal sont plus rares qu'au civil, il faut voir que l'arsenal pénal est bien lourd eu égard à la nature des fautes reprochées et que les droits de la défense ne sont pas toujours respectés. Trop souvent, l'expertise n'est pas contradictoire et le juge totalement dépendant des experts. De plus, par définition, l'assurance responsabilité civile professionnelle ne joue pas au plan pénal.

Cette situation pose de graves problèmes en termes de santé publique : crise des vocations, désaffection de certaines spécialités, risque de pénurie en matière d'offre de soins. Et, à terme, risque d'exclure les patients à risque (cardiaques, diabétiques, alcooliques…). Confronté à ces difficultés, le législateur a instauré un mode alternatif au règlement des litiges pour réduire les contentieux.

Les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (Crci), créées par la loi Kouchner du 4 mars 2002, permettent en effet un règlement à l'amiable des litiges consécutifs à un acte médical, ainsi qu'une indemnisation plus rapide des victimes. Présidées par un magistrat, et composées d'une vingtaine de membres - représentants des malades et des usagers, des professionnels et des établissements de santé, de l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales) et des entreprises d'assurances-, ces commissions diligentent, dans un délai de 6 mois, une expertise financée *in fine* par l'assurance-maladie, et totalement gratuite pour la victime. N'ayant pas le statut de juridictions mais de commissions administratives, les CRCI peuvent voir leur avis contesté. En cas de faute du professionnel, elles ne peuvent obliger - seulement inciter- l'assureur à indemniser la victime. Si cette dernière refuse l'offre qui lui est faite par l'assureur, il y a recours au juge.

La grande nouveauté de la loi est de permettre désormais au patient, en cas d'absence de faute, d'être quand même indemnisé. Et cela sans qu'il faille passer par la contorsion juridique que représente la notion de « responsabilité sans faute ». L'ONIAM est en effet chargé de financer l'aléa thérapeutique. Cet effort de « déjudiciarisation » a toutefois un impact limité puisque la CRCI ne peut être saisie que si le dommage atteint un certain seuil de gravité : il faut que l'accident entraîne une incapacité permanente supérieure à 24 %, ou qu'il ait entraîné une incapacité temporaire de travail de 6 mois consécutifs, ou non consécutifs sur une période de 12 mois, ou encore qu'il empêche définitivement la victime d'exercer son activité professionnelle, voire qu'il ait occasionné des troubles graves dans l'existence de la victime. En indemnisant ainsi les cas les plus graves, seulement, d'aléa thérapeutique, la loi du 4 mars 2002 ne règle donc pas tout le problème de ce qui est couramment appelé « l'indemnisation compassionnelle ». Or, pour les autres cas, moins graves, il n'y a pas plus de raison que ce soit les professionnels qui en supportent seuls le risque : la solidarité nationale devrait pouvoir les financer.

Attention

Depuis la loi du 4 mars 2002, le délai de prescription en matière de responsabilité civile et pénale, est de 10 ans, et non plus de 30 ans. En réalité, comme le délai doit être apprécié à partir de la stabilisation définitive de l'état du malade, les 10 ans peuvent être dépassés. En outre, la loi n'étant pas rétroactive, le délai de 30 ans vaut toujours pour les actes pratiqués avant le 4 mars 2002. Soulignons donc l'intérêt majeur qu'il y a à conserver les dossiers d'assurance plus de 10 ans.

À gauche, François Blanchecotte ; à droite, Nicolas Gombault.

Plusieurs voies apparaissent devoir simultanément être approfondies pour enrayer cette augmentation des primes d'assurance :

➲ Extension de la mutualisation du risque entre les différentes spécialités, avec la prise en compte des risques qui leur sont communs.
➲ Écrêtement des indemnisations (c'est-à-dire abaissement du plafond de garantie que les assureurs sont tenus de proposer aux praticiens dans leurs contrats), et prise en charge du reste de l'indemnisation par l'ONIAM ou l'assurance-maladie.
➲ Instauration d'un système de *bonus/malus*, avec un audit de sinistralité par cabinet qui permettrait de définir la majoration ou la minoration de la cotisation.
➲ Renforcement de la démarche qualité, comme en Angleterre où le professionnel qui s'engage à suivre une formation continue bénéficie d'une cotisation allégée.
➲ Développement de la prévention, orientée vers les risques que les assureurs évaluent comme les plus fréquents.

Il est, en outre, souligné que le niveau de l'assurance doit être fixé en fonction du revenu (ainsi, pour les architectes, elle équivaut à 10 % du chiffre), et qu'inversement, le tarif des honoraires devrait prendre en compte la hausse des primes d'assurance. En revanche, la prise en charge d'une partie des primes d'assurance par l'assurance-maladie peut apparaître contraire à l'indépendance de l'exercice libéral.

Il faut le rappeler, les professionnels de santé ont une obligation de moyens et non de résultats. S'ils peuvent garantir que tous les moyens ont été mis en œuvre, ils seront d'autant moins vulnérables. C'est pourquoi, le renforcement de la démarche qualité doit correspondre à une réelle garantie des compétences. Cette exigence de résultat est un non- sens, et en particulier en médecine : qui voudrait encore se faire opérer si on l'informait de tous les risques d'une anesthésie ? C'est dire les difficultés du nécessaire travail d'information que les professionnels de santé ont à mener à l'égard de leurs patients pour les avertir des risques inhérents à leur activité. ■

Sandra Viard

1 En raison des infections nosocomiales, la chirurgie est désormais passée au premier rang, devant la chirurgie esthétique.
2 Est-ce une tendance de fond ou une tendance conjoncturelle ? L'on ne peut avec certitude interpréter le phénomène.
3 Soulignons cependant combien le simple fait d'être mise en cause peut avoir des conséquences dramatiques sur le plan professionnel et humain.