



Instaurées par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, les CCI se sont affirmées comme une voie de recours de plus en plus utilisée par les patients s'estimant victimes d'un accident médical. Leur fonctionnement pratique reste cependant mal connu. Marguerite Merger-Pélier, présidente adjointe des CCI, nous en présente les rouages essentiels.



© DR

Les CCI : pour un règlement amiable des accidents médicaux

MARGUERITE MERGER-PÉLIER, MAGISTRAT HONORAIRE, PRÉSIDENTE ADJOINTE DES CCI*

* Commissions de conciliation et d'indemnisation.

PROPOS RECUEILLIS PAR STÉPHANIE TAMBURINI

➤ Pouvez-vous, en quelques mots, rappeler le contexte de création des CCI ?

La création des CCI résulte de la loi Kouchner, mais dans son esprit, elle est bien antérieure à 2002. Ce projet était dans les tiroirs de la Chancellerie depuis fort longtemps, avec notamment le projet Mac Aleese¹, qui tendait déjà à l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Ce projet avait aussi pour objectif de dénoncer la dualité de juridictions – administratives et judiciaires – susceptibles de juger les affaires de responsabilité médicale. Par la suite, seule la loi Badinter du 5 juillet 1985 a institué un bloc de compétence, mais en le limitant aux accidents de la circulation dont le contentieux a été soumis aux seules juridictions judiciaires. Mais la réflexion n'a en revanche pas pu se concrétiser en faveur d'un traitement juridique unifié des accidents médicaux.

En matière médicale, cette dualité demeure donc, avec des jurisprudences différentes selon que le patient a été pris en charge à l'hôpital, relevant alors des juridictions administratives, ou en médecine libérale (ou dans un établissement privé),

relevant alors des juridictions judiciaires. Heureusement, cette dualité s'est peu à peu atténuée, les jurisprudences des cours suprêmes se rapprochant sur les points clés. Mais il n'en demeure pas moins que les réflexes juridiques fondamentaux ne sont pas identiques et

qu'il subsiste des différences regrettables, notamment en matière d'indemnisation.

L'objectif de la création des CCI par la loi du 4 mars 2002 est quadruple.

Il s'est agi tout d'abord pour le législateur de créer une possibilité – encadrée – de règlement amiable des litiges nés à la suite d'un accident médical. Ensuite, l'idée a été d'instaurer un « guichet unique » pour tous les accidents médicaux, en quelque lieu qu'ils se soient produits, en évitant ainsi les inconvénients de la dualité des juridictions administrative et judiciaire. La possibilité pour la victime de recourir à la voie juridictionnelle, si la voie amiable n'aboutit pas ou si elle ne lui donne pas satisfaction, est évidemment maintenue. Par ailleurs, le recours aux CCI permet d'éviter les écueils que sont la durée et le coût d'une procédure juridictionnelle : devant les tribunaux, le demandeur doit obligatoirement se faire représenter par un avocat et faire l'avance de ses honoraires ainsi que du coût de l'expertise. Devant les CCI, le délai de traitement de la demande prévu par la loi est court (six mois), bien qu'il ne soit pas toujours respecté en pratique – et la gratuité est totale : même l'expertise est prise définitivement en charge par l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux), en tant que payeur du dispositif.

Enfin, l'aléa médical peut être indemnisé à la suite d'un avis de CCI selon des conditions strictes, même si la loi n'emploie jamais le mot d' « aléa », préférant recourir à une périphrase : « *accident médical non fautif dont les conséquences sont anormales eu égard à l'état antérieur du patient et à son évolution prévisible* ». Au fil des décennies, la jurisprudence avait développé des subterfuges pour justifier l'indemnisation, humainement souhaitée, de cet aléa : faute incluse, faute induite, présomption de faute, obliga-

« Le recours aux CCI permet d'éviter les écueils que sont la durée et le coût d'une procédure juridictionnelle. »

« Les CCI ont vocation à traiter tout accident médical résultant d'un acte de diagnostic, de prévention ou de soins. »



tion de sécurité de résultat... Cette indemnisation de l'aléa, introduite par la loi Kouchner, permet d'éviter le recours à de tels subterfuges pour parvenir à une indemnisation commandée par l'équité. Le dispositif des CCI est presque unique au monde puisque, outre la France, seule la Nouvelle-Zélande a adopté un tel système d'indemnisation de l'aléa.

➤ Quels sont les critères de compétence des CCI ?

Plusieurs critères de compétence sont prévus dans les textes.

- Le premier tient à la nature de l'acte en cause. Les CCI ont vocation à traiter tout accident médical résultant d'un acte de diagnostic, de prévention ou de soins. La question s'est donc posée de savoir si la chirurgie ou la médecine esthétique, ou encore les actes liés à des pratiques religieuses, pouvaient être concernés par le dispositif. Si les actes de pure chirurgie esthétique ont, dans un premier temps, été écartés, certaines CCI ont fini par les admettre, car il existe le plus souvent, en annexe de l'acte principal, un accompagnement médical (techniques chirurgicales, anesthésie). Ces sujets demeurent cependant polémiques au sein des CCI, et les solutions peuvent donc être différentes d'une CCI à l'autre. En principe, la CNAMed² avait reçu légalement une mission d'unification des jurisprudences entre les diverses CCI, mais concrètement, elle n'a pas conduit les réunions et réflexions que cette mission implique. En revanche, l'ONIAM prend régulièrement l'initiative de réunir les présidents pour leur permettre d'échanger leurs points de vue et tendre à des rapprochements. Mais on ressent encore des différences de sensibilité entre les présidents issus de l'ordre judiciaire et ceux issus de l'ordre administratif.

- Le deuxième critère se mesure à la date des soins : seuls les accidents survenus après le 5 septembre 2001 peuvent être pris en charge par le dispositif.

- Le dernier critère est celui tenant à la gravité du dommage. La loi a instauré quatre seuils de gravité alternatifs.

Le premier seuil est celui d'un déficit fonctionnel permanent (DFP) supérieur à 24 % (ce qui correspond à un handicap lourd, comme par exemple la perte d'un œil), qui est assez objectif car il repose sur un barème précis.

Le deuxième seuil réside en l'existence d'une incapacité temporaire de travail de 6 mois consécutifs, ou non consécutifs sur une durée d'un an. Des divergences d'appréciation de ce critère sont apparues, certains présidents estimant qu'il ne pouvait s'appliquer qu'aux personnes en activité, d'autres l'étendant aux non-actifs, tels que les enfants, les personnes âgées, etc. Devant cette polémique, un décret a introduit la notion de déficit fonctionnel temporaire avec plusieurs classes, ce qui a réglé la difficulté.

Le troisième seuil réside en l'existence de « troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence ». Il s'agit d'un critère très subjectif, car il va dépendre étroitement de chaque individu et de sa capacité personnelle à résister à la douleur ou aux complications. Il ne doit en principe être retenu, selon les termes de la loi, qu'« à titre exceptionnel ». Enfin, le dernier seuil concerne la perte de l'activité professionnelle antérieure.

➤ Quels sont les types d'accidents médicaux les plus fréquemment portés devant les CCI ?

Les accidents les plus fréquemment rencontrés concernent l'anesthésie, la chirurgie orthopédique et du rachis (avec des complications neurolo-





giques ou des infections), la chirurgie des voies digestives, les maladrresses chirurgicales, l'obstétrique, la gynécologie, s'agissant de retards de diagnostic de cancers du sein. En revanche, les CCI ont peu à connaître d'affaires mettant en cause des psychiatres, des pédiatres et des médecins généralistes.

➤ Comment les CCI sont-elles composées ?

La composition a été récemment modifiée par un décret n°2014-19 du 9 janvier 2014.

Chaque commission compte désormais 12 membres et est présidée par un magistrat de l'ordre judiciaire (pour 4 d'entre elles) ou administratif (pour 3 d'entre elles).

Elle est composée, outre le Président, de :

- 3 représentants des usagers choisis parmi des associations représentatives ;
- 1 représentant des professionnels de santé exerçant à titre libéral ;
- 1 praticien hospitalier ;
- 3 représentants des établissements (un pour les établissements publics, deux pour les établissements privés) ;
- le directeur de l'ONIAM ou son représentant ;
- 1 représentant des assureurs ;
- 2 personnalités qualifiées, qui peuvent être des professeurs de droit, des anciens avocats, des professeurs de médecine. Ces personnalités ont un rôle important car elles apportent souvent un éclairage affiné sur les affaires soumises à la CCI.

➤ Pouvez-vous nous dire quelques mots des modalités de saisine des CCI ?

La saisine se fait par l'intermédiaire d'un formulaire Cerfa® téléchargeable sur le site Internet de l'ONIAM³, à envoyer à la CCI par pli recommandé avec accusé de réception. Le dossier médical relatif à l'accident médical doit y être joint.

Le document est volontairement très simple à compléter, puisqu'il est destiné à des personnes qui ne sont pas forcément conseillées ou entourées. La seule difficulté consiste à résumer les faits, ce qui n'est pas toujours aisé pour un profane. Mais, dans ce cas, les juristes de la CCI lorsqu'ils sont

sollicités, n'hésitent pas à apporter une aide pour synthétiser les faits et déterminer les mises en cause nécessaires : en effet, le patient ignore parfois l'identité du praticien qui l'a pris en charge, ou son statut (libéral ou hospitalier).

La saisine s'est beaucoup professionnalisée depuis quelques années : les dossiers sont plus scrupuleusement préparés, notamment avec le soutien d'assurances de protection juridique et l'intervention de plus en plus fréquente d'avocats. Néanmoins, il reste une proportion importante de victimes qui ne sont pas accompagnées dans leurs démarches, de la saisine jusqu'à la séance de la commission.

À réception de la saisine, le président de la CCI, assisté de ses juristes, examine la demande pour se prononcer sur sa recevabilité. Depuis le décret du 9 janvier 2014, le Président peut rejeter les demandes pour lesquelles la gravité des dommages allégués apparaît manifestement inférieure au seuil légal.

En cas d'irrecevabilité manifeste, le demandeur en est informé par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette décision – parce qu'elle fait grief au demandeur – est susceptible d'être contestée devant le Tribunal administratif. Mais ce recours n'est, en pratique, presque jamais exercé, car la procédure serait alors longue, onéreuse et compliquée, tandis que la possibilité légale de saisir le tribunal compétent reste toujours ouverte même au demandeur qui avait choisi, dans un premier temps, de se tourner vers la voie du règlement amiable des CCI.

➤ Si la demande est considérée comme recevable, que se passe-t-il ensuite ?

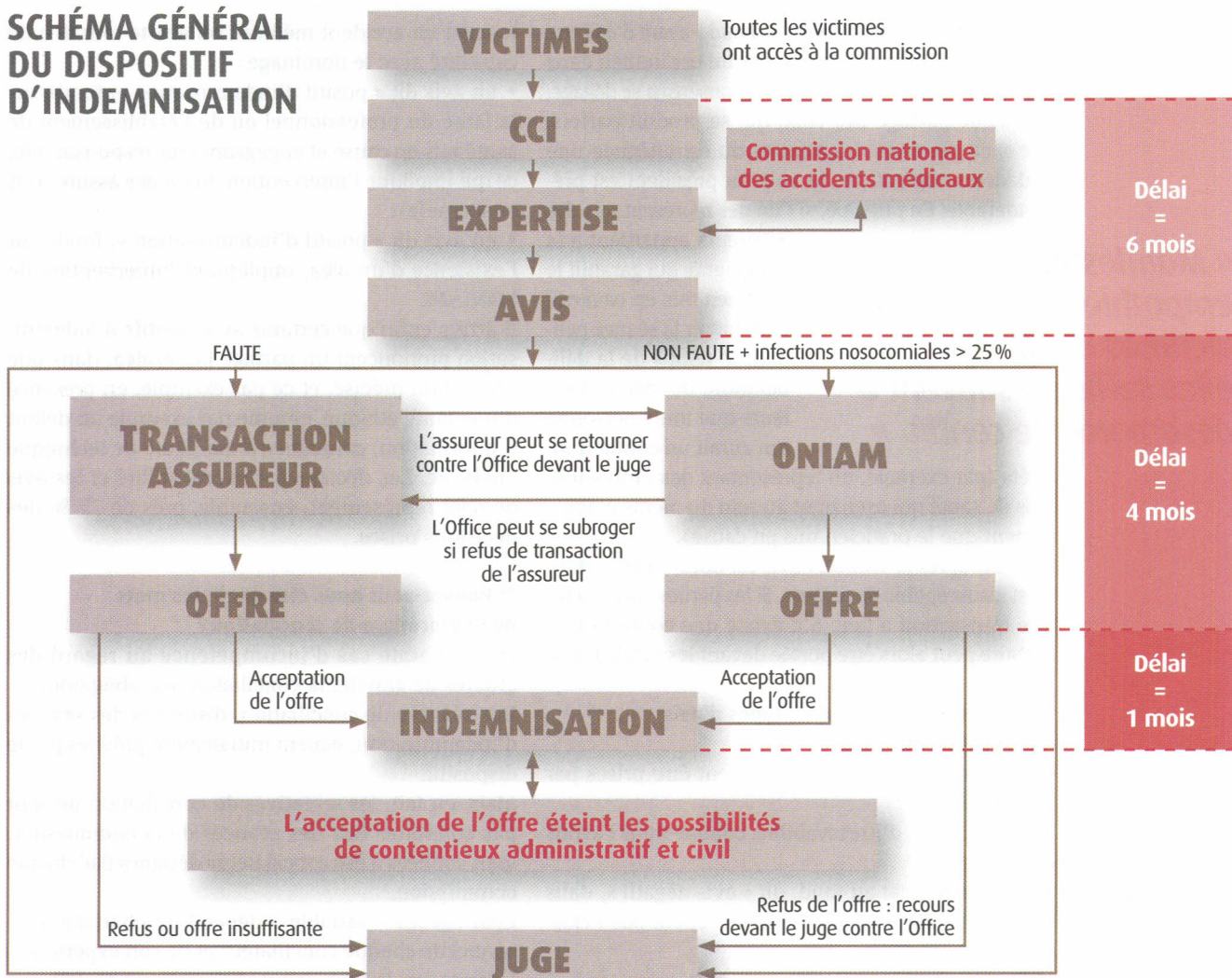
Le président désigne un expert ou un collège d'experts de la ou des spécialité(s) concernée(s) par l'affaire. Les experts sont choisis dans une liste établie par la CNAMed. Cette liste est, en principe, propre aux CCI. Néanmoins, il s'agit souvent des mêmes experts que ceux inscrits sur les listes des tribunaux. C'est l'ONIAM qui rétribue l'expert, sur la base d'honoraires forfaitaires fixés à 700 €. L'expert n'est donc pas libre de fixer ses honoraires comme il l'est dans le cadre d'une procédure juridictionnelle. Cela peut poser la question de la qualité des expertises. Certaines sont d'une qualité exceptionnelle, d'autres sont moins argumentées. À cela s'ajoute l'obligation pour les experts de déposer leur rapport dans un délai de deux à trois mois, ce qui est un délai manifestement trop court pour les dossiers complexes. Le demandeur est informé de la désignation des experts, de même que les professionnels de santé qui découvrent, à cette occasion, leur mise en cause devant la CCI.

➤ L'expertise présente-t-elle des particularités par rapport à une expertise judiciaire ?

L'expertise est contradictoire, comme dans un cadre juridictionnel, mais il y a malheureusement parfois des difficultés dans la communication des pièces. Dans beaucoup de cas, le demandeur se rend seul à l'expertise. Il peut en résulter un certain déséqui-

« Il reste une proportion importante de victimes qui ne sont pas accompagnées dans leurs démarches, de la saisine jusqu'à la séance de la commission. »

SCHÉMA GÉNÉRAL DU DISPOSITIF D'INDEMNISATION



libre, car le professionnel de santé est, quant à lui, le plus souvent accompagné d'un médecin-conseil et/ou d'un avocat mandaté par sa compagnie d'assurance. Les experts veillent alors à rétablir autant que possible cet équilibre.

Je tiens à souligner l'importance de la présence à l'expertise du professionnel mis en cause : manifester son empathie à l'égard des victimes et dialoguer avec elles suffisent souvent à désamorcer le conflit.

Puis les experts envoient leur rapport à la CCI, qui le fait parvenir aux parties en même temps que la convocation pour la séance au cours de laquelle l'avis sera émis. Il s'écoule généralement un mois entre cet envoi et la tenue de la séance, ce qui laisse aux parties un délai très court pour préparer leurs défenses respectives. Ceci est d'autant plus regrettable que certains rapports sont difficiles à comprendre et à interpréter, notamment pour le demandeur, profane en droit comme en médecine.

Le dépôt par l'expert d'un pré-rapport n'est pas en cours devant les CCI, contrairement à ce qui se fait devant les tribunaux. En revanche, si des dires sont formulés par les parties, ils figurent en annexe du rapport, mais il n'y est pas nécessairement répondu par l'expert.

➤ Comment la séance se déroule-t-elle ?

Les parties en cause et leurs conseils éventuels sont entendus contradictoirement. Le temps d'audition est malheureusement court, de l'ordre d'une dizaine de minutes, même s'il varie d'une CCI à l'autre, car l'ordre du jour est généralement très chargé.

Même si le rapport d'expertise suffit le plus souvent à la CCI pour se prononcer, les arguments avancés en séance peuvent parfois emporter la conviction ou faire décider d'une contre-expertise. C'est la raison pour laquelle il est si important que le praticien mis en cause soit, ici aussi, présent.

Une fois les parties auditionnées, elles quittent la salle où se tient la séance et les membres présents ■ ■ ■



■ ■ ■ de la CCI délibèrent « à chaud » avant d'émettre un « avis ». Là encore, la discussion est limitée dans le temps. Le plus souvent, un vrai consensus se dégage. En cas de partage des voix, qui se produit parfois, par exemple dans des affaires où est alléguée une maladresse opératoire, la voix du président est prépondérante. En principe, si l'un des représentants des

« Manifester son empathie à l'égard des victimes et dialoguer avec elles suffisent souvent à désamorcer le conflit. »

assureurs appartient à la compagnie qui garantit le praticien mis en cause, il doit quitter la séance pendant le temps de la délibération, de même d'ailleurs que toute personne qui aurait un conflit d'intérêts (par exemple, un représentant des professionnels de santé qui exercerait au sein du même établissement que le praticien mis en cause).

Un mois après la séance, l'avis est notifié aux parties. Il est insusceptible de recours. Si les parties l'acceptent, une transaction a lieu. S'il existe une contestation, l'affaire peut alors être portée devant les juridictions.

➤ Quels sont les différents types d'avis qui peuvent être émis ?

Quatre sortes de décisions peuvent être prises par la commission :

- une décision d'irrecevabilité, comme nous l'avons déjà évoquée ;
- un avis de rejet au fond, dit « avis négatif », dans l'hypothèse où la commission ne retient pas l'exis-

tence d'un accident médical, ou écarte tout lien de causalité avec le dommage ;

- un avis dit « positif d'indemnisation », fondé sur la faute du professionnel ou de l'établissement de santé mis en cause et engageant leur responsabilité, ce qui implique l'intervention du ou des assureur(s) concerné(s) ;

- un avis dit « positif d'indemnisation », fondé sur l'existence d'un aléa, impliquant l'intervention de l'ONIAM.

Il arrive enfin que certains avis positifs d'indemnisation prononcent un partage faute/aléa, dans une proportion précise, et ce par exemple, en présence d'une faute éthique, comme par exemple un défaut d'information, conjuguée à une faute de technique médicale. Les décisions d'irrecevabilité et les avis de rejet représentent, ensemble, près de 75 % des décisions prises.

➤ Pouvez-vous nous dire quelques mots de la procédure de conciliation ?

Dans chaque cas d'incompétence au regard des critères de gravité, la conciliation est obligatoire.

Des séances de conciliation, distinctes des séances d'indemnisation, étaient initialement prévues par le dispositif.

Mais, en fait, les tentatives de conciliation ne sont pas conduites lors des séances de la commission, mais confiées à des conciliateurs désignés par chaque commission.

Leur succès – variable – dépend du charisme personnel de chaque conciliateur et de son expérience. L'échec est, le plus souvent, à imputer au fait que les défenseurs (assureurs) ne se déplacent pas.

➤ Quelles évolutions du dispositif seraient nécessaires pour le rendre plus efficace ?

La réforme récente portant sur la diminution du nombre des membres des CCI était souhaitée et apportera un allègement fonctionnel et financier appréciable.

Mais il faut encore, sur un autre plan, réfléchir au moyen d'améliorer les expertises, notamment par un respect plus strict du principe contradictoire pendant le déroulement de la mesure, mais surtout par une qualité retrouvée des modalités rédactionnelles des rapports. Peut-être l'une des clés résiderait-elle dans l'augmentation de la rémunération des experts. Mais, dans la mesure où cette rémunération est assurée par des fonds publics, on comprend bien le dilemme auquel le législateur est aujourd'hui confronté... ■

QUELQUES DONNÉES ISSUES DU RAPPORT 2012 DE L'ONIAM

➤ Une croissance de l'activité des CCI... qui semble se stabiliser

L'activité des CCI a fortement augmenté de 2003 (1 719 dossiers) à 2012 (4 255 dossiers), avec un pic en 2011 avec 4 281 dossiers soumis. Les CCI semblent avoir atteint leur « vitesse de croisière », tendance qui reste toutefois à confirmer dans l'avenir.

➤ Les trois quarts des saisines aboutissent à un rejet

En 2012, 1 348 dossiers ont été rejetés avant expertise, et 1 874 dossiers ont fait l'objet d'un avis de rejet après expertise : 75 % d'affaires n'aboutissent pas à une indemnisation.

➤ Des délais plus longs que prévu, mais qui restent acceptables

En moyenne, le délai d'instruction d'un dossier est de 8,9 mois en 2012. Les délais se sont allongés proportionnellement au nombre de dossiers soumis, mais ils restent toujours plus favorables que ceux des juridictions.

1. Rapport Mac Aleese sur le traitement des conflits individuels entre médecins et patients, paru en juillet 1980
2. Commission nationale des accidents médicaux
3. www.oniam.fr