

**L'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE**

**ET**

**LA CARDIOLOGIE**

**Rapport de Monsieur Armand DADOUN**

**A l'attention du Syndicat des cardiologues de la  
Région parisienne**

**Année 2005**

La crise de l'assurance de responsabilité civile médicale qui sévit depuis 2001/2002 en France et qui touche tout particulièrement les spécialistes exerçant sur plateau technique, obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et les établissements de santé, a eu des conséquences importantes sur le marché assurantiel ainsi que sur le maintien d'une offre de soins adaptée aux besoins de notre Société.

On s'accorde cependant à considérer que la crise de l'assurance de responsabilité civile professionnelle (ARCP) médicale est derrière nous.

Cette crise avait entraîné en 2002 le départ de plusieurs assureurs importants de la branche ARCP médicale<sup>1</sup>, ce qui, en l'absence de Bureau Central de Tarification, avait nécessité la création du GTAM<sup>2</sup> afin d'empêcher que des professionnels de santé ne puissent plus exercer, faute de disposer d'une ARCP devenue obligatoire depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 (article L. 1142-2 du Code de la santé publique).

Les causes principales de la crise de la branche ARCP médicale sont diverses. Aux dires des assureurs<sup>3</sup>, c'est avant tout l'insécurité juridique dans laquelle ils se trouvaient suite à une jurisprudence particulièrement sévère à leur égard qui a motivé leur départ.

La jurisprudence de la Cour de cassation du 19 décembre 1990, qui déclare nulles les clauses en base réclamation<sup>4</sup>, oblige les assureurs à couvrir les sinistres dès lors que le fait générateur de ces sinistres s'est réalisé pendant la durée de la garantie. Une telle règle augmente considérablement la difficulté pour les assureurs d'estimer les risques qu'ils couvrent, d'autant plus qu'ils ne disposent pas de statistiques suffisantes (mise à part la MACSF).

Afin d'inciter les assureurs à revenir sur le marché français, la loi About du 30 décembre 2002 a autorisé les assureurs à stipuler une clause en base réclamation. Cependant, les dispositions rétroactives de cette loi, particulièrement obscures, laissent planer un doute quant à la couverture des sinistres dont les faits générateurs sont antérieurs à son entrée en vigueur<sup>5</sup>.

Par ailleurs, la crise s'explique aussi par une judiciarisation exacerbée des relations praticiens - patients depuis plusieurs années, bien que la loi Kouchner du 4 mars 2002, afin de réduire l'insécurité juridique ambiante, ait modifié l'article 1142-28 du Code de la santé publique qui

---

<sup>1</sup> Tels que Saint Paul, ACE, GENERALI ainsi que les MMA qui ont cependant fait leur retour en juin 2005 en entrant dans le capital de la MIC et AXA qui continue d'assurer en RC certains praticiens comme par exemple les chirurgiens-dentistes par l'intermédiaire du courtier Gras Savoye.

<sup>2</sup> Groupement Temporaire d'Assurance Médicale pool de co-assurance, remplacé par un pool de co-réassurance le Groupement Temporaire de Réassurance Médicale (GTREM) mise en place avec l'aide de Gras Savoye Ré.

<sup>3</sup> En effet, il convient de souligner que l'implosion de la bulle financière en 2000 a entraîné une diminution des fonds placés par les assureurs ce qui les a obligés à renflouer leurs provisions notamment en privilégiant les activités d'assurance les plus lucratives ce qui n'est pas le cas de l'ARCP médicale.

<sup>4</sup> Selon lesquelles l'assureur ne garantit le dommage subi par le patient que si la réclamation de celui-ci a lieu pendant la durée de la garantie.

<sup>5</sup> Voir annexe – numéro 3 repoduisant les articles 4 et 5 de la loi du 30 décembre 2002 dite loi About.

dispose désormais que les actions en responsabilité contractuelle engagées contre un professionnel de santé se prescrivent par 10 ans à compter de la consolidation du dommage. Cette judiciarisation est relayée par les tribunaux qui accordent des indemnisations de plus en plus importantes aux victimes<sup>1</sup>.

Enfin, il convient de souligner que la question de l'ARCP médicale a pendant longtemps fait l'objet d'une très faible documentation notamment statistique, ce qui a pu entraîné des décalages entre la sinistralité effective observée chez certaines professions médicales et le montant des primes d'assurance payées<sup>2</sup>.

### **Le marché actuel de l'ARCP médicale**

Les assureurs intervenants sur le marché de l'ARCP médicale sont essentiellement la MACSF, le courtier MARSH en partenariat avec HANOVER RE, le courtier BRANCHET en partenariat avec la MIC qui a récemment ouvert son capital aux MMA, la SHAM et AXA pour les établissements de santé, La Générale de santé (courtier Aon) et Capiro (courtier Ascora) pour les cliniques.

Le marché est stabilisé, et pour l'année 2005, la plupart des assureurs saisis en 2004 par le BCT n'ont pas résilié leurs contrats<sup>3</sup>. Mais une véritable concurrence se fait toujours attendre. Les assureurs présents sur le marché en 2004 ont, soit proposé des augmentations de tarif de + 3 à + 15 % pour 2005 (AGF, Médicale de France, MACSF), soit adopté une politique de modération des prix face à cette nouvelle concurrence (MIC / Branchet, AXA). Certains d'entre eux n'ont pas proposé de reconduction du contrat 2004, contraignant les praticiens concernés à recommencer une procédure BCT.

Par ailleurs, si du côté des praticiens pris individuellement, le marché a retrouvé un semblant de souplesse, aucun assureur ne veut s'aventurer sur le terrain d'une approche de groupe<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Dans la fameuse affaire Perruche (AP 17 novembre 2000), l'Assemblée plénière avait accordé à un enfant né handicapé une indemnisation du fait de la faute du médecin qui n'avait pas permis un avortement. La loi du 4 mars 2002 met fin à cette solution en disposant que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance ».

<sup>2</sup> L'Observatoire des Risques Médicaux, instauré par la loi du 13 août 2004 et rattaché à l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents thérapeutiques), a pour mission principale de vérifier l'adéquation des primes d'assurances acquittées par les professionnels par rapport à la sinistralité de leur profession. L'article L. 1142-29 du CSP précise que l'ORM établit des statistiques en matière de sinistralité médicale. L'ORM a donc vocation à influencer indirectement le montant des primes d'assurance.

<sup>3</sup> FFSA Infos ; *Assurer*, n°42 – 26 janvier 2005. Sur la procédure de saisine du BCT voir annexe – numéro 4.

<sup>4</sup> J. Cazeneuve, *La RC médicale est-elle encore assurable ?*, Risques n°60 / Décembre 2004, p. 119.

En ce qui concerne les cardiologues, il est intéressant de se demander si la reprise probable du marché et de la concurrence est susceptible de permettre une baisse des coûts des primes d'assurances pour cette profession en passant par un renforcement de son organisation.

Envisager une approche de groupe de l'assurance de cette profession supposerait une coordination des acteurs de la profession (les syndicats), afin qu'une étude technique approfondie puisse offrir aux assureurs une meilleure visibilité de la sinistralité en cardiologie. L'exemple en est donné par l'Association de gestion et de prévention du risque ARRES créée par le Syndicat national des anesthésistes réanimateurs français, ou encore par RESIRISQ qui concernent l'ensemble des professions médicales.

Afin de concurrencer les mutuelles d'assurances sans intermédiaires qui sont les principaux opérateurs sur le marché de l'ARCP médicale, il est nécessaire que les assureurs puissent disposer de statistiques suffisantes pour un groupe donné, tout en innovant dans la rédaction des polices. Par ailleurs, on verra qu'une bonne connaissance du risque passe par des déclarations individuelles régulières des professionnels, non seulement sur les sinistres potentiels, mais aussi sur les difficultés rencontrées qui auraient pu donner lieu à sinistre<sup>1</sup>.

### **La profession de cardiologue**

Notons tout d'abord que les maladies cardio-vasculaires représentent la 1<sup>re</sup> cause de mortalité en France avec 165 000 décès par an, la moitié provenant de maladies coronaires. Les pathologies cardio-vasculaires représentent actuellement environ 1/3 des prescriptions de médecine générale<sup>2</sup>.

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) estime le nombre de cardiologues libéraux pour la fin de l'année 2002 à 4009, dont 3437 actifs à part entière. Il y aurait aujourd'hui approximativement 3600 cardiologues libéraux sur les 5705 inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins<sup>3</sup>.

Sur les 4009 cardiologues en exercice libéral, 381 sont des praticiens hospitaliers à temps plein bénéficiant d'un secteur privé à l'hôpital, 1364 (34 %) ont également une activité salariée

---

<sup>1</sup> Ce travail de circulation des informations est nécessaire pour connaître les *erreurs latentes*, les *erreurs potentielles* et les *défenses en profondeur* conformément à l'analyse systémique d'un accident d'après Reason.

<sup>2</sup> SFC : Groupe de réflexion, *La démographie médicale cardiologique en France*, 2000, p. 29. Ce document précise que l'augmentation continue de la prévalence des pathologies cardio-vasculaires, est liée en particulier au vieillissement de la population et à l'incidence croissante du diabète dans la population française.

<sup>3</sup> <http://www.sante.gouv.fr/ondps/auditions/cardiologie.htm>.

en centre de santé ou à l'hôpital. La carrière hospitalière semble être privilégiée par les nouveaux diplômés en cardiologie.

2264 praticiens (56 %) exercent uniquement en libéral. 81 % des cardiologues sont conventionnés en secteur I. La profession est assez peu féminisée (12 % de femmes). La densité de cardiologues libéraux est de 6,7 pour 100 000 habitants.

6 % des cardiologues libéraux se consacrent à la cardiologie interventionnelle. Le nombre de praticiens dans cette spécialisation progresse de 10% par an. Il y a aujourd'hui en France approximativement 600 cardiologues interventionnels, 300 pratiquant l'implantation de stimulateurs cardiaques et 300 autres des actes de coronographie et d'angioplastie coronaire. La Société Française des Cardiologues (SFC), présidée par le Professeur Jean Claude DAUBERT, prédit une diminution de 23% du nombre de cardiologues entre 2000 et 2020<sup>1</sup>. Par ailleurs, la SFC a aussi pour mission de fixer les recommandations ou référentiels des actes de cardiologie qui constituent des normes presque unanimement appliquées par les cardiologues<sup>2</sup>.

### **Aperçu des risques en cardiologie**<sup>3</sup>

- Chirurgie cardiaque

Pour l'année 2002, le Groupement d'Assurances Mutuelles Médicales (GAMM) a enregistré 4 déclarations en chirurgie cardiaque sur les 3 042 chirurgiens sociétaires du GAMM.

Pour l'année 2003, le même organisme a enregistré 10 plaintes, la moitié portant sur des actes de chirurgie valvulaire et l'autre sur des actes de revascularisation coronarienne.

- Cardiologie

Pour l'année 2002, le GAMM a reçu 57 déclarations pour les 2 963 sociétaires qu'il compte, soit une sinistralité globale de 1.92%, mais de 2.02% pour les seuls sociétaires libéraux.

7 de ces plaintes concernaient une absence ou un retard de diagnostic ; 26 contestent la prise en charge, le traitement ou la surveillance prescrits au patient ; 6 concernent des accidents

---

<sup>1</sup> SFC : Groupe de réflexion, *La démographie médicale cardiologique en France*, 2000, p. 22.

<sup>2</sup> Ces dispositions très techniques sont accessibles sur le site de la SFC : <http://www.sfc cardio.fr/scripts/doc-reco.asp>. Pour la cardiologie interventionnelle, le Groupe Athérome et Cardiologie Interventionnelle (GACI), présidé par le Professeur Hélène Eltchaninoff, est un groupe de travail et d'expression de la SFC. D'autres organismes professionnels produisent des référentiels en cardiologie comme l'UFCV présidée par le Docteur Jean-François THEBAUT. <http://www.ufcv.org/seminaires/semin-encours.htm>

<sup>3</sup> *Responsabilité*, Numéros hors série Mars 2004 et 2005, Editions du GAMM, Groupe MACSF.

médicamenteux ; 13 accidents d'explorations à visée diagnostique ou thérapeutique dont 7 concernent une angioplastie coronarienne et/ou coronarographie et 3 concernent des actes de stimulation cardiaque.

La même année, une décision de justice pénale rendait un non lieu à l'égard d'un cardiologue. Pour l'année 2003, les cardiologues sociétaires du Sou Médical – Groupe MACSF (2197 en 2003) ont adressé 62 déclarations dont 56 pour les seuls cardiologues libéraux, soit une sinistralité de 2.55% en augmentation par rapport à 2002.

30 de ces plaintes portent sur la prise en charge, la surveillance ou le traitement prescrits au malade ; 5 concernent des accidents médicamenteux ; 20 accidents d'explorations à visée diagnostique ou thérapeutique, dont 9 concernent une angioplastie coronarienne et/ou coronarographie et 3 concernent des actes de stimulation cardiaque.

Notons 1 bris dentaire en 2003 et un nombre qui reste modéré de chute en 2002 et 2003.

A noter que la plupart des plaintes sont dirigées contre des cardiologues libéraux, notamment en cardiologie interventionnelle. Cependant, le nombre de déclarations en cardiologie reste modéré par rapport à d'autres professions médicales (par exemple une moyenne 2002-2003 de 15% pour les anesthésistes-réanimateurs et 14% en stomatologie).

Dans ses statistiques, le GAMM constate cependant que la cardiologie est l'une des spécialités dont les déclarations en dommages corporels sont le plus en augmentation avec une forte intensité des sinistres. Cette donnée est à rapprocher de la forte demande de spécialistes en cardiologie qui devrait augmenter dans les années à venir<sup>1</sup>, étant donné l'importance des maladies cardio-vasculaires.

Le marché assurantiel en voie de développement devrait donc porter un intérêt particulier à cette profession.

---

<sup>1</sup> Le taux moyen de croissance annuel du nombre de cardiologues est de 2% ce qui est assez faible par rapport au développement de la demande de soins à laquelle fera face cette spécialité.  
SFC : Groupe de réflexion, *La démographie médicale cardiologique en France*, 2000, p.27.

## **La maîtrise et la prévention du risque**

### **1 – La Haute Autorité de Santé :**

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale et disposant d'une autonomie financière.

Créée par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, la Haute Autorité de santé est chargée :

- d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ;
- d'accréditer des établissements de santé, certification obligatoire qui porte également sur les réseaux de soins ainsi que sur les centres de soins et s'accompagne d'une évaluation accrue des pratiques médicales destinée à assurer la qualité des soins<sup>1</sup> ;
- de l'information médicale qui inclut de nouveaux champs tels que le suivi et la certification des sites Internet santé, la certification des logiciels d'aide à la prescription médicale ou la certification de la conformité à la charte de la visite médicale ;
- de faire des recommandations concernant la définition et la prise en charge des Affections de longue durée (ALD), qui seront doublées d'avis contribuant à définir le périmètre des soins remboursables pour ces pathologies lourdes ;
- d'accréditer les médecins exerçant en établissement de santé<sup>2</sup> (article 16 de la loi du 13 août 2004 transposé à l'article L.1414-3-3 du Code de la santé publique). La procédure d'accréditation déclenchée à la demande du médecin lui permettra s'il est accrédité de bénéficier d'une aide au paiement de leur prime d'assurance<sup>3</sup>. L'accréditation vaudra validation de l'EPP.
- de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de la formation médicale continue (FMC) deviennent obligatoires pour tous les praticiens y compris en médecine libérale (Décret d'application du 14 avril 2005). L'EPP consiste en une analyse de la pratique en référence à des recommandations professionnelles ou référentiels validés par la Haute autorité de santé. L'Union Nationale de Formation et d'évaluation en médecine Cardio-Vasculaire

---

<sup>1</sup> La certification de l'établissement de santé ne lui permet aucunement de prétendre à une aide pour le paiement de son assurance contrairement à l'accréditation du médecin.

<sup>2</sup> Le département de l'accréditation de la HAS est dirigé par Philippe Burnel. Il comprend un service de certification pour les établissements, un service de mission de formation pour les experts visiteurs et un service de l'accréditation pour les médecins dirigé par Frédérique Pothier.

<sup>3</sup> L'aide sera versée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La mise en place de la procédure d'accréditation est subordonnée à l'entrée en vigueur d'un décret attendu pour fin 2005.

(<http://www.ufcv.org/seminaires/semin-encours.htm>) présidée par le Docteur Jean-François THEBAUT, déjà agréée pour la FMC, ne va pas tarder à poser une candidature auprès de la HAS afin d'être habilitée à mettre en œuvre les procédures, organisées sur le terrain par les Unions Régionales des Médecins Libéraux en matière d'EPP.

La HAS reprend ainsi les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), celles de la Commission de transparence et de la Commission d'évaluation des produits et prestations, et s'en voit adjoindre de nouvelles.

## **2 – Les associations de gestion des risques médicaux**

ARRES (Anesthésistes réanimateurs risques et solutions) est une association fondée en 2001 par le SNARF (Syndicat national des anesthésistes réanimateurs français). ARRES constitue aujourd'hui selon Michel LEVY (Secrétaire général du SNARF) la seule structure *de risk management* en santé fonctionnant en France.

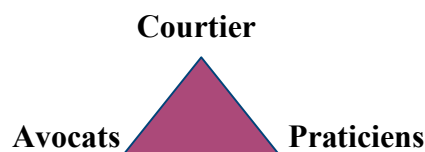
Le travail d'ARRES est reconnu par l'ensemble des acteurs du marché assurantiel et permet aux adhérents de prétendre à des tarifs d'ARCP nettement inférieurs à ceux des chirurgiens et gynécologues obstétriciens.

Il est nécessaire aujourd'hui de coordonner les engagements des médecins dans un système de gestion des risques de leur spécialité et la stratégie de gestion des risques mise en place par leur établissement. Il semble pour cela important que des cellules de gestion des risques puissent coordonner les activités locales et que les instances représentatives des établissements puissent être consultées au niveau national sur les recommandations à mettre en œuvre. Plusieurs associations de gestion des risques par spécialité sont en cours de création telles que GYNERISQ, ORTORISQ, SURGIRISQ, qui vont rejoindre l'association ARRES.

Le mécanisme de gestion des risques suppose la coopération de différents acteurs :

- Les professionnels de santé tenus de déclarer l'ensemble des événements porteurs de risques médicaux et des difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur profession ainsi que dans l'organisation de leur service en répondant régulièrement à un questionnaire détaillé de l'assureur. Les professionnels devront se soumettre à une procédure de gestion de risques destinée à prévenir tout sinistre dès la prise en charge du patient.

- Le courtier apte à gérer les dossiers en défendant au mieux les intérêts des assurés. Le courtier réalise aussi l'arborescence des risques de la spécialité et les mesures de prévention à adopter.
- Les avocats missionnés par le courtier, qui assureront, le cas échéant, la défense des assurés devant les tribunaux selon des stratégies de défense adéquates aux différents cas de sinistre.



Ainsi une connaissance approfondie des risques de la profession est un préalable nécessaire non seulement à une tarification modérée de la garantie RC (en réduisant la fréquence des sinistres voire leur intensité), mais également pour assurer une stratégie de défense efficace.

### **3 – RESIRISQ : un Fonds National de Gestion du Risque Médical**

Le projet RESIRISQ (Réduction de la sinistralité des risques), inspiré d'ARRES, est destiné à concevoir un dispositif national de réduction des risques dans les pratiques médicales afin de permettre de mieux prévenir les dommages causés aux patients, d'accroître la réactivité aux situations critiques imprévisibles rencontrées dans des pratiques, d'abaisser ainsi le montant financier des sinistres et de ramener les primes d'assurance en responsabilité civile à un taux supportable par les médecins, sans nuire aux équilibres financiers des assureurs<sup>1</sup>. Ce projet repose sur les déclarations volontaires des médecins et sur des protocoles de prévention des risques.

RESIRISQ devrait également produire périodiquement des statistiques objectives portant sur l'évolution des accidents thérapeutiques dont sont victimes les patients, les médecins, mais aussi les structures collectives en charge de la maîtrise de la qualité de l'offre de soins.

La finalité de RESIRISQ est de mutualiser des moyens, gérés par les médecins, permettant de réduire progressivement les risques de dommages nés des pratiques médicales par :

---

<sup>1</sup> Etude de faisabilité du projet 3 mai 2004 conduite par :  
Alain COULOMB, Directeur Général de l'HAS (ancienne ANAES).  
Pierre MAILLARD, Directeur Général de l'Institut de Recherche et de Développement de la Qualité

- ◆ Le recensement exhaustif et permanent des risques et accidents, en les caractérisant et en décrivant leurs causes et la gravité de leurs effets.
- ◆ La mobilisation des experts pour rechercher des solutions aux causes générant les situations les plus critiques.
- ◆ La diffusion des mesures préventives ainsi élaborées (référentiels de gestion des risques).
- ◆ La surveillance de l'application systématique des préconisations permettant : d'une part d'éviter l'apparition des risques maîtrisables, et d'autre part de réagir le plus rapidement face aux situations susceptibles d'entraîner des effets dommageables pour les patients.
- ◆ La mesure périodique des progrès réalisés et la diffusion de bilans portant sur :
  - la qualité et le maintien de l'offre de soins,
  - l'assurabilité des médecins,
  - le maintien de la démographie médicale nécessaire à une offre de soins appropriés.

L'efficience de RESIRISQ repose sur : l'adhésion d'une grande majorité de médecins à ce dispositif, une alerte systématique de la part de ces derniers sur les risques et incidents rencontrés dans l'exercice de leurs pratiques, une contribution à l'émergence de solutions destinées à supprimer les causes qui sont à l'origine des risques et des incidents, une application des préconisations formulées par RESIRISQ et évaluées par l'HAS.

Le dispositif doit fournir aux assureurs ainsi qu'au BCT des statistiques nationales sur la réduction de la sinistralité des risques et toutes informations utiles sur la nature des engagements des médecins adhérents au dispositif<sup>1</sup>, destinés à assurer la maîtrise des risques les plus critiques. Le dispositif doit pouvoir contribuer en contrepartie à la définition des montants des primes d'assurances des médecins dans le respect des intérêts des différentes parties prenantes et bénéficier des statistiques des assureurs portant sur la sinistralité et la nature des accidents médicaux qui sont à l'origine des indemnisations.

La HAS devrait prochainement mettre en place RESIRISQ, le médecin engagée dans cette politique de prévention du risque médical, pourra être accrédité afin de bénéficier d'une aide au paiement de sa prime d'ARCP.

#### **4 – L'accréditation des médecins par la HAS**

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit les articles 1414-3-3 et 4135-1 dans le CSP qui posent les bases de l'organisation d'une accréditation de la qualité des pratiques professionnelles des médecins exerçant en établissement de santé. En contrepartie de cette accréditation, la loi prévoit que les médecins soumis à l'obligation d'assurance et qui s'engagent dans cette procédure d'accréditation puis sont accrédités puissent bénéficier d'une aide au paiement de leur prime d'assurance dont le montant sera fixé par décret. Le décret attendu pour fin 2005 comprend une liste des médecins pouvant s'engager dans la procédure d'accréditation. Cette liste désigne notamment les cardiologues. Mais la loi du 13 août 2004 précise que seuls les médecins exerçant en établissement de santé pourront bénéficier de l'aide, on en déduit que les bénéficiaires seront principalement les cardiologues interventionnels qui pratiquent en secteur hospitalier<sup>2</sup>. Reste la question de la modulation de l'aide concernant les cardiologues exerçant à la fois à l'hôpital et en cabinet.

La procédure d'accréditation pose deux conditions à l'accréditation des médecins par la HAS<sup>3</sup> :

- Les médecins sont tenus de déclarer les événements porteurs de risques médicaux qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur activité dans le but de la mise en place de référentiels de gestion des risques et du renforcement de la qualité des soins.
- Ils sont tenus de mettre en œuvre selon les modalités déterminées par la HAS, des actions d'amélioration de la qualité de leur pratique et de la réduction des risques qui comprennent notamment des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

La déclaration du médecin<sup>4</sup> passera soit par une structure locale de gestion de risques de l'établissement de santé (conférence médicale d'établissement ou commission d'établissement), soit par un organisme professionnel (de type gestion des risques comme ARRES pouvant aider le médecin à analyser l'événement porteur de risques) agréé par la HAS. La structure choisie devra satisfaire à un cahier des charges et transmettre les informations qu'elle reçoit à la HAS.

---

<sup>1</sup> Notons bien entendu que l'adhésion du professionnel pourra être individuelle ou collective.

<sup>2</sup> Mais pas seulement, étant donné que l'exercice hospitalier exclusif concerne 40.7% des cardiologues.

<sup>3</sup> Article D. 4135-1 aliéna 2 du Code de la santé publique – voir annexes.

<sup>4</sup> Cette déclaration n'est pas légalement obligatoire contrairement à celle prévue à l'article L.1413-14 du Code de la santé publique reproduit en annexe 2 portant sur les *événements indésirables graves*.

Le rôle de la Haute Autorité de Santé<sup>1</sup> est :

- D'assurer l'organisation générale et le contrôle du dispositif, et en particulier la méthodologie de gestion des risques,
- D'agréeer les structures professionnelles sur la base d'un cahier des charges,
- De formuler les décisions d'accréditation des médecins,
- De gérer la base de données nationale des événements porteurs de risques médicaux dont elle aura déterminé la nature et qui auront été déclarés par les médecins selon des modalités fixées par la HAS<sup>2</sup>, d'assurer la consolidation des informations, leur analyse de criticité,
- D'orienter le travail d'élaboration des recommandations ou référentiels de qualité des soins, puis de les valider.

L'intervention des associations professionnelles serait soumise aux principes suivants :

- La conformité au cahier des charges élaboré par la HAS, incluant une exigence quant à la sécurité et à la confidentialité des informations et des systèmes d'information (le système supposera aussi un échange d'information sur les pratiques professionnelles entre pairs),
- Toute association répondant au cahier des charges peut prétendre à participer au dispositif,
- L'indépendance des associations par rapport aux assureurs.

Le rôle des associations, en application du cahier des charges, serait de mettre en œuvre le processus d'accréditation sur une spécialité en :

- définissant le contenu technique de l'engagement des médecins en terme de pratiques pour leur adhésion (référentiels de gestion des risques),
- recevant les déclarations et en transmettant à la HAS les informations après anonymisation et les demandes d'accréditation.

### **L'ARCP des cardiologues**

- La garantie Responsabilité Civile :

La garantie RC couvre les conséquences pécuniaires de la RC pouvant incomber au cardiologue en raison des dommages corporels ou matériels causés aux tiers dans l'exercice légal des activités qu'il a déclarées en réponse au questionnaire que l'assureur lui a remis. Le praticien est tenu d'informer l'assureur, en cours de contrat, des circonstances nouvelles liées

---

<sup>1</sup> Voir l'annexe 1 qui reproduit les articles L. 1414-3-3 et L.4135-1 du Code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article D. 4135-3 alinéa 1 du Code de la santé publique.

à l'exercice général de la profession qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux.

La police peut couvrir les remplaçants et les préposés du médecin assuré. Il convient de préciser que par deux arrêt de principe du 11 novembre 2004, la Cour de cassation décide désormais que la responsabilité civile personnelle des praticiens salariés pourra être mise en cause, même lorsqu'ils n'ont pas excédé la mission donnée par leur employeur et ce, quelque soit l'indépendance dont ils jouissent par ailleurs dans l'exercice de leur profession.

Les contrats couvrent le plus souvent, aussi bien la RC professionnelle du praticien que l'ensemble ou une partie des responsabilité qu'il encoure dans l'exercice de sa profession (dépositaire des biens des patients ; faute inexcusable vis-à-vis de ses préposés ; accidents de la circulation).

En application de l'article L. 251-2 du Code des assurances, la garantie de l'assuré est déclenchée par la réclamation de la victime formée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. Cette clause de garantie en base réclamation est complétée par une garantie subséquente. La loi impose que l'assureur couvre les sinistres pour lesquels la première réclamation est formée dans les 5 ans suivants la fin de la période de validité du contrat. Le plafond de garantie pour les 5 années est au moins égal au plafond annuel applicable pendant la période de validité du contrat.

Conformément à la loi About du 30/12/2004 qui déroge à l'article L. 121-4, lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation.

- La garantie de protection juridique :

La protection juridique est un complément indispensable à l'ARCP médicale et doit légalement faire l'objet d'une garantie indépendante. Cette garantie permet aux souscripteurs d'accéder aux conseils de juristes ainsi que la prise en charge de l'essentiel des litiges, en demande comme en défense, les mettant en cause tant dans leur vie professionnelle que dans leur vie privée.

Le praticien ne doit jamais informer directement le Conseil de l'Ordre, l'avocat du patient, l'expert judiciaire nommé ainsi que le patient lui-même sans se constituer préalablement un dossier destiné à assurer sa défense.

En ce qui concerne le Dossier Médical Personnel (DMP), la déclaration de l'incident ou les avis du médecin, ils ne doivent en aucun cas être transmis aux personnes susvisées (la loi du 13 août 2004 dispose, en outre, que le DMP ne peut pas être communiqué à l'assureur ou au

courtier). Le praticien ne doit d'ailleurs jamais communiquer d'information par téléphone. Il pourrait dans ces hypothèses y avoir violation du secret médical.

En revanche, il est conseillé au professionnel qui pourrait engager sa responsabilité de contacter rapidement son courtier et l'avocat ou expert-conseil qu'il aura missionné.

- Les primes :

Les primes font le plus souvent l'objet d'un rabais la 1<sup>re</sup> année du contrat et lorsque le praticien exerce une partie de son activité en milieu hospitalier.

Mais comme on l'a vu la réduction du montant des primes ou cotisations passe avant tout par une gestion et une prévention efficace des risques.

En cardiologie, les primes d'assurance varient entre 2000 et 4000€ par an. Les meilleurs tarifs sont actuellement ceux de la MACSF.

Dans l'hypothèse où le professionnel ne parvient pas à trouver un assureur pour le garantir, il peut à compter du 2<sup>e</sup> refus saisir le BCT, qui imposera à un assureur de couvrir le risque et fixera sa tarification.

- Les franchises :

La franchise peut être stipulée soit en pourcentage du plafond de garantie ; soit forfaitairement ; soit en pourcentage du dommage, mais il doit alors être prévu un montant maximum afin d'empêcher que la garantie perde sa substance du fait du cumul de la franchise et du plafond de garantie.

### **La garantie *accidents médicaux mineurs***

La SFC propose sur son site internet (<http://www.sfcardio.org>) des notices destinées à informer le patient sur la nature, les avantages et les risques de l'acte médical prescrit en fonction de sa situation particulière. Notons que l'information du patient est longue et complexe en cardiologie du fait de la multiplicité des techniques invasives et/ou interventionnelles. Les notices précisent bien qu'elles ne constituent pas une décharge de responsabilité de l'équipe médicale et du médecin. Cette responsabilité étant d'ordre public, elle ne peut être limitée contractuellement. Elles ont pour objet de remplir l'obligation d'information qui incombe à tout praticien et qui porte notamment sur l'ensemble des risques connus, même exceptionnels, encourus par le patient. La jurisprudence imposant depuis 1997

à tout débiteur d'une obligation particulière d'information de rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation, la signature du patient atteste qu'il a bien reçu et compris l'ensemble des informations qui lui ont été données.

La question est de savoir si, une fois le patient informé des risques qu'il encourt, il serait possible de lui faire souscrire facultativement une assurance de dommages destinée à couvrir les sinistres de faibles importances qu'il pourrait subir à l'occasion de l'acte médical. On sait en effet que la loi du 4 mars 2002 permet l'indemnisation des aléas thérapeutiques à partir d'un certain seuil de gravité (25% d'IPP) ; mais en dessous, le préjudice subi par le patient reste à sa charge sauf faute du praticien. L'assurance garantie des accidents médicaux agirait alors comme une garantie des accidents de la vie. Elle couvrirait les petits sinistres, voire l'ensemble des sinistres, sous réserve de l'action subrogatoire de l'assureur contre le responsable ou l'Office National d'Indemnisation des Aléas Médicaux (ONIAM).

Une partie du risque serait alors transférée au patient, et pourrait entraîner une diminution des primes d'assurance du professionnel. En présence de plusieurs assureurs, la répartition se ferait selon des conventions entre assureurs, qui limiteraient le recours aux tribunaux. La mise en place d'un tel système se fera vraisemblablement par l'intermédiaire d'un courtier.

La garantie des accidents médicaux aura donc vocation à :

- garantir au patient une indemnisation de ses préjudices corporels et matériels ;
- permettre une meilleure répartition du risque du côté de l'assureur ;
- réduire le montant des primes dues au titre de l'ARCP médicale.

Par ailleurs, une telle assurance pourrait stipuler une garantie indépendante de protection juridique qui permettrait l'accompagnement du patient dans ses démarches juridiques.

Reste le problème de la proposition d'un tel contrat. Le professionnel de santé n'est pas habilité à proposer un contrat d'assurance. Il est donc exclu qu'un tel contrat soit conclu lors de la remise de la notice d'informations au patient. On peut cependant envisager que le praticien puisse communiquer à son patient les coordonnées d'un courtier qui lui proposera les offres du marché.

### **Perspectives pour l'ARCP des cardiologues**

A l'instar de nombreuses professions médicales, il semblerait utile à la cardiologie de se doter d'un organisme de gestion des risques. L'association CARDIORISQ serait spécialisée dans la production de référentiels de prévention des risques. Elle pourrait, en obtenant l'agrément de

la HAS, constituer un médium entre les cardiologues et la HAS pour la diffusion des déclarations relatives aux événements porteurs de risques en ayant une compétence particulière pour bien les analyser.

Il semblerait aussi préférable que CARDIORISQ fédère l'ensemble des spécialités en cardiologie malgré le fait que seuls les cardiologues exerçant en établissement de santé soient concernés par la procédure d'accréditation. En effet, CARDIORISQ aurait vocation, en travaillant avec les assureurs sur la prévention des risques, à jouer de manière significative sur le montant des primes d'ARCP.

Mais l'ensemble de ces missions pourrait être assurées par RESIRISQ. En matière de FMC, l'Association de formation des spécialistes libéraux (Aforспе) a vocation à encadrer l'ensemble des professions médicales à exercice libérale. Comme on l'a vu, RESIRISQ permettra aux médecins engagés dans une politique de gestion des risques de se faire accréditer par la HAS. RESIRISQ devrait être mis en place prochainement par la HAS mais pas avant l'adoption du décret d'application relatif à la procédure d'accréditation.

Cependant, il paraîtrait plus efficace pour les cardiologues de se doter d'un organisme spécifique de gestion des risques qui travaillerait avec l'ensemble des intervenants et dont les missions seraient clairement définies.

Par ailleurs, l'organisme agréé servira d'intermédiaire entre le professionnel et la HAS. En l'absence d'un tel organisme, ce rôle devrait revenir à une commission médicale d'établissement qui risque, en pratique, d'être proche de la direction de l'établissement de santé. L'organisme agréé, notamment s'il est constitué par des représentants de la profession, pourrait défendre au mieux les intérêts des médecins tout en étant plus proche de par sa spécialisation de la HAS et ainsi avoir un rôle bénéfique en matière de production et de diffusion des référentiels<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Pour un point de vue divergent – voir annexe avec les propositions d'amendements du décret relatif à l'accréditation présentées par la CSMF.

# **ANNEXES**

## **Loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale**

Article 4 – Le chapitre Ier du titre V du livre II du code des assurances est complété par un article L. 251-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 251-2. – Constitue un sinistre, pour les risques mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait générateur ou d'un ensemble de faits générateurs ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'assuré garanties par le contrat, et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.

« Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, et adressée à l'assuré ou à son assureur.

« Tout contrat d'assurance conclu en application de l'article L. 1142-2 du même code garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait générateur est survenu dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation.

« Le contrat d'assurance garantit également les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties, si ces sinistres sont imputables aux activités garanties à cette date, et s'ils résultent d'un fait générateur survenu pendant la période de validité du contrat. Ce délai ne peut être inférieur à cinq ans.

« Le dernier contrat conclu, avant sa cessation d'activité professionnelle ou son décès, par un professionnel de santé mentionné à la quatrième partie du code de la santé publique exerçant à titre libéral, garantit également les sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date de résiliation ou d'expiration de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait générateur est survenu pendant la période de validité du contrat ou antérieurement à cette période dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation. Ce délai ne peut être inférieur à dix ans. Cette garantie ne couvre pas les sinistres dont la première réclamation est postérieure à une éventuelle reprise d'activité. Le contrat ne peut prévoir pour cette garantie un plafond inférieur à celui de l'année précédant la fin du contrat.

« Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait générateur était connu de l'assuré à la date de la souscription.

« Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation, sans qu'il soit fait application des dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 121-4. »

Article 5 – L'article L. 251-2 du code des assurances s'applique aux contrats conclus ou renouvelés à compter de la date de publication de la présente loi.

Sans préjudice de l'application des clauses contractuelles stipulant une période de garantie plus longue, tout contrat d'assurance de responsabilité civile garantissant les risques mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, conclu antérieurement à cette date, garantit les sinistres dont la première réclamation est formulée postérieurement à cette date et moins de cinq ans après l'expiration ou la résiliation de tout ou partie des garanties, si ces sinistres sont imputables aux activités garanties à la date d'expiration ou de résiliation et s'ils résultent d'un fait générateur survenu pendant la période de validité du contrat.

## ROLE DU BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

Le seul rôle du BCT est de décider à quelles conditions un assureur **choisi par l'assuré**, mais qui lui a opposé un refus, peut être contraint à le garantir. Il ne saurait être question, en revanche, pour le BCT de désigner d'autorité un assureur auquel il serait imposé de garantir l'assujéti à l'obligation d'assurance.

### PROCEDURE DE SAISINE DU BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

Pour saisir valablement le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION, la procédure très précise de l'article R. 250-2 du code des assurances, doit être scrupuleusement respectée.

Vous devez :

**I** - Avoir saisi au moins **deux** sociétés d'assurance **pratiquant effectivement** la couverture du risque médical par **lettre recommandée avec accusé réception** d'une demande de garantie de responsabilité civile médicale

- Saisissez les à l'aide du questionnaire-proposition joint dûment rempli.
- Conservez une copie de ce questionnaire rempli.
- Adressez ces demandes au **siège social** ou à la **délégation régionale** de ces sociétés (et non à une de leurs agences ou à un courtier).

**II** - Si ces deux sociétés ont refusé de vous garantir vous pouvez saisir le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION. Le refus de ces sociétés peut être :

- soit explicite (elles vous envoient une lettre de refus) ;
- soit implicite : les textes précisent que le refus est implicite si la société n'a pas répondu au courrier précédent **dans les 45 jours qui suivent sa réception** (cf. date portée sur l'accusé réception).

**III** - **Attention, sous peine d'irrecevabilité,** vous devez saisir le BCT au plus tard dans les 15 JOURS qui suivent :

- Le refus du dernier assureur sollicité (si refus explicite),
- La fin du délai de 45 jours (si refus implicite).

**IV** - Le BCT doit être saisi également **par lettre recommandée avec accusé de réception.**

Vous devez lui fournir tous éléments d'information en votre possession, mais nécessairement :

- Les **copies des lettres de refus**, devant dater de moins de 15 jours, des deux sociétés si vous les avez reçues (refus explicite).
- Si les sociétés d'assurance n'ont pas répondu (refus implicite), les **copies de vos demandes et de l'accusé réception.**
- La **copie du questionnaire proposition** envoyé aux sociétés d'assurance.

➤ Si c'est un mandataire, notamment un courtier, qui mène les démarches pour votre compte, **la preuve de l'existence du mandat** que vous lui avez donné (une lettre de l'assuré est suffisante).

➤ le nom et l'adresse de la société d'assurance auprès de laquelle vous souhaitez être garanti.

**EN L'ABSENCE DE CES DOCUMENTS, LE BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION NE SE CONSIDERERA PAS COMME VALABLEMENT SAISI ET NE POURRAIT DONNER SUITE A LA DEMANDE QUE VOUS LUI AURIEZ ADRESSEE.**

**BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION**

**11 RUE DE LA ROCHEFOUCAULD 75431 PARIS CEDEX 09**

**TEL : 01.53.32.24.80 – FAX : 01.53.32.24.74**

**Projet de Décret relatif à l'accréditation de la qualité de la  
pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales  
exerçant en établissement de santé et complétant le Code de la  
santé publique et le Code de la sécurité sociale**

**PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS PRESENTES PAR LA**

**CONFEDERATION DES SYNDICATS MEDICAUX  
FRANCAIS**

**Le 5 août 2005**

**DECRET relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé et complétant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale**

Le Premier ministre,  
Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités  
Vu le code de la santé publique et notamment l'article L. 4135-1 ;  
Vu le code de la sécurité sociale ;  
Vu la loi n°2004-210 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;  
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du  
du  
Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du  
Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du

**DECRETE :**

**Article 1er :**

Le titre III du livre I de la partie IV du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V « Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle »

« **D. 4135-1-** L'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissement de santé, mentionnée à l'article L. 4135-1, a pour objectif de prévenir et réduire les risques liés aux pratiques et actes médicaux. Elle contribue à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au sein de ces établissements.

L'accréditation est subordonnée à la déclaration par les médecins et les équipes médicales, en vue d'analyse, des événements considérés comme porteurs de risques médicaux concernant leur activité en établissement de santé. L'accréditation est également subordonnée à la mise en œuvre, selon des modalités déterminées par la Haute Autorité, d'actions d'amélioration de la qualité de leur pratique et de la réduction des risques qui comprennent notamment des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

La déclaration des événements porteurs de risque est destinée à :

1. permettre aux établissements de santé, médecins et équipes médicales de prendre toute mesure utile pour prévenir la survenue d'événements indésirables liés au soins ou en limiter les effets ;

2. fournir à la Haute autorité de santé les informations nécessaires à l'élaboration ou à la validation, en lien avec les professionnels et les organismes concernés, de référentiels de qualité des soins ou des pratiques professionnelles mentionnés au 2° du L. 1414-3-3.

« **D. 4135-2-**. Peuvent demander à être accrédités les médecins ou équipes médicales exerçant en établissements de santé ayant une activité d'échographie obstétricale ou de réanimation ou de soins intensifs ou exerçant l'une des spécialités suivantes :

1. Chirurgie générale ;
2. Neurochirurgie ;
3. Chirurgie urologique ;
4. Chirurgie orthopédique et traumatologie ;
5. Chirurgie infantile ;
6. Chirurgie de la face et du cou ;
7. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ;
8. Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ;
9. Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
10. Chirurgie vasculaire ;
11. Chirurgie viscérale et digestive ;
12. Gynécologie-obstétrique ;
13. Anesthésie réanimation ;
14. Réanimation médicale.
15. Oto-rhino-laryngologie ;
16. Ophtalmologie ;
17. Cardiologie ;
18. Radiologie ;
19. Gastro-entérologie.

« **D. 4135- 3-**. La nature des événements porteurs de risque, les modalités de leur déclaration et de leur analyse sont définies par la Haute autorité de santé.

Les déclarations des événements porteurs de risque et des événements indésirables graves sont réalisées auprès d'une instance médicale créée à cet effet par le règlement intérieur de l'établissement et dont les membres sont nommés par la commission médicale d'établissement, la conférence **médicale** d'établissement ou la commission d'établissement parmi les médecins de l'établissement. Cette instance porte les événements porteurs de risque à la connaissance de la Haute autorité de santé, selon des modalités définies par cette dernière, et les événements indésirables graves à celle de l'Institut de veille sanitaire.

La déclaration à la Haute Autorité de santé des événements porteurs de risques **peut être** est réalisée par le médecin **soit** par l'intermédiaire de l'instance médicale **de son établissement** visée à l'alinéa précédent, ~~soit par l'intermédiaire d'un organisme agréé par la Haute autorité de santé dans des conditions fixées par cette dernière. Afin de permettre aux établissements de santé d'améliorer leur gestion des risques, l'organisme agréé communique aux instances médicales mentionnées à l'alinéa précédent une synthèse des informations recueillies. Cette synthèse ne doit comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne.~~

### **Exposé des motifs**

L'article D. 4135-3 créé déjà une instance médicale au sein de l'établissement chargée de recueillir les déclarations concernant les événements porteurs de risque et les événements indésirables graves. Créer une structure supplémentaire, en l'occurrence un organisme agréé par la HAS, risque de rendre la procédure plus complexe et moins compréhensible par le médecin ou les équipes médicales engagées dans la procédure d'accréditation.

La déclaration des événements porteurs de risque n'exonère pas les professionnels de l'obligation de déclaration aux autorités compétentes des événements mentionnés à l'article L. 1413-14 et qui concernent la déclaration d'infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, traitements ou d'actions de prévention, mais également des événements ~~ou~~ liés aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1.

### **Exposé des motifs**

Afin de ne pas entraîner de confusion entre déclarations d'« *événements porteurs de risque* » et déclarations « *d'événements indésirables graves* », il est préférable de bien distinguer ces deux notions en les mentionnant distinctement.

**D. 4135-4-.** La Haute autorité de santé fixe les conditions de délivrance d'une attestation de l'engagement dans la procédure d'accréditation, mentionné au III de l'article 16 de la loi n° 2004 – 210 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La Haute autorité de santé délivre un certificat d'accréditation aux médecins et équipes médicales et notifie leur accréditation au conseil régional de l'ordre.

L'accréditation délivrée par la Haute autorité de santé constitue un titre au sens du 5° de l'article R.4127-79.

**Article 2 :** Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Il est inséré, après le chapitre IV du titre huitième du livre Ier, un chapitre V ainsi rédigé :

« Chapitre V PARTICIPATION DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES AUX ASSURANCES EN RESPONSABILITE CIVILE

## **Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation**

(Articles L. 1142-6 et L. 1143-1 du code de la santé publique)

### I – L'organisation des CRCI

Les Commissions sont composées de 20 membres (outre le président) représentant les usagers, les professionnels de santé, les établissements de santé, les assureurs et l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux), ainsi que des personnalités qualifiées.

Dans les 6 mois de leur saisine (choix de la victime), les CRCI doivent rendre un avis qui porte sur l'évaluation du dommage et l'existence d'une faute du professionnel de santé.

Les Commissions n'ayant pas la personnalité juridique, les personnels sont mis à leur disposition par l'ONIAM.

### II – Les missions

1 - Les Commissions, directement ou en désignant un médiateur, peuvent organiser des conciliations destinées à résoudre les conflits entre usagers et professionnels de santé.

2 - La CRCI a un rôle de conciliation (IPP<25%) et de règlement amiable (IPP>25% ou ITT>6 mois).

En cas de faute médicale, c'est à l'assureur du responsable de faire une offre dans les 4 mois sinon l'ONIAM fixe l'indemnité. En cas de prise en charge par la solidarité nationale, l'ONIAM fait une offre.

La victime peut toujours sortir de la procédure devant la CRCI et saisir les tribunaux notamment pour remettre en cause l'avis rendu par la CRCI.

Si le juge déclare un taux l'IPP supérieur à 25%, la victime peut appeler le fonds de garantie sans recourir au règlement amiable de la CRCI.

Ne relève de la compétence des CRCI, les recours subrogatoires de l'ONIAM contre un assureur RC ayant refusé d'indemniser la victime et contre l'établissement de santé ou son assureur en cas d'infections nosocomiales.

Qu'il y ait faute ou absence de faute, toutes les victimes d'un accident médical grave, qu'il ait pour origine un acte de prévention, un acte de diagnostic ou un acte thérapeutique, peuvent bénéficier de ce dispositif à condition que l'acte en question ait été réalisé à compter du 5 septembre 2001.

Les CRCI ont donc une compétence qui dépasse la prise en charge du préjudice par la solidarité nationale des l'aléa thérapeutique :

L.1142-1 Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou d'un producteur de produits n'est pas engagée (risque exceptionnel qui ne peut être maîtrisé), un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci.

Les missions des CRCI sont au service de l'ONIAM qui remplit un double rôle.

Il intervient subsidiairement dans les cas soit où le plafond de garantie d'assurance est atteint, soit si l'assureur refuse de faire une offre ou si l'assureur agit contre l'ONIAM en l'absence de faute médicale.

Il intervient à titre principal si l'accident médical non fautif a entraîné une IPP de 25%.

Sources :

<http://www.oniam.fr/>

<http://www.commissions-crci.fr/index.php>