

COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MEDICAUX

- **Rapport au Parlement
et au Gouvernement**

- *Année 2008-2009*

**COMMISSION NATIONALE
DES ACCIDENTS MÉDICAUX**

(CNAMed)

**RAPPORT ANNUEL AU PARLEMENT
ET AU GOUVERNEMENT**

ANNÉE 2008 - 2009

SOMMAIRE

- Encadrement législatif et réglementaire du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux	4
- Présentation de la Commission nationale des accidents médicaux	8
- <u>Première partie</u> : CRCI – Photographie de l’existant	13
- <u>Deuxième partie</u> : Les travaux et les propositions.....	33
- Le mot du Président	43
- Remerciements	44
<u>ANNEXES</u> :	45
- n° 1 : Formulaire-type du rapport annuel des CRCI	47
- n° 2 : Données quantitatives de chaque CRCI	51
- n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux	60
- n° 4 : Carte des régions	62
- n° 5 : Répartition des motifs des conclusions négatives sans expertise au fond selon les pôles	63
- n° 6 : Spécialités médicales des experts selon les CRCI	64
- n° 6 bis : Spécialités médicales des sapiteurs selon les CRCI	65
- n° 7 : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux (nombres).....	66
- n° 7 bis : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux .	67
- n° 7 ter : Spécialités médicales des sapiteurs selon les pôles interrégionaux (nombres)	68
- n° 8 : Répartition selon les pôles des motifs de conclusion négative après expertise	69
- n° 9 : Critères de gravité retenus dans les avis positifs selon les pôles interrégionaux.....	70
- n° 10 : Répartition des demandes d’indemnisation amiable	71
- n° 11 : Suivi des dossiers de candidature à l’inscription sur la liste nationale des accidents médicaux	75
- n° 12 : Liste des domaines de compétence des experts en accidents médicaux.....	78

ENCADREMENT LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

DU DISPOSITIF DE RÈGLEMENT AMIABLE DES

ACCIDENTS MÉDICAUX

Les dispositions législatives et réglementaires présentées ci-dessous sont, pour la plupart, codifiées dans le code de la santé publique aux articles L.1142-1 à L.1143-1 et D.1142-1 à D.1142-70.

I. - Dispositions législatives

I.1 - La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé, dans le code de la santé publique, un dispositif qui répond au souci de permettre aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ou à leurs ayants droit d'obtenir, dans le cadre d'une procédure amiable, la réparation intégrale des dommages qui en ont résulté, lorsque ces dommages présentent un caractère de gravité apprécié notamment, depuis la modification introduite par la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures, au regard du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ou des conséquences sur la vie privée et professionnelle (arrêt temporaire des activités professionnelles ou déficit fonctionnel temporaire).

Des commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) déterminent, sur la base d'un rapport d'expertise, si la cause du dommage est imputable à un professionnel, un établissement, un producteur de produits de santé ou un promoteur de recherches biomédicales ou si tel n'est pas le cas.

Dans la première hypothèse, l'assureur du responsable indemnise la victime ; dans la seconde hypothèse, lorsque le dommage résulte d'un « aléa thérapeutique », l'indemnisation des préjudices qui en résultent est prise en charge, au titre de la solidarité nationale, par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Les CRCI sont également chargées d'assurer une mission de conciliation, dont elles peuvent déléguer la charge à des médiateurs extérieurs.

Dans le cadre de ce dispositif, la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed), instance indépendante placée auprès des ministres chargés de la santé et de la justice, a pour missions d'élaborer la liste nationale des experts en accidents médicaux, de les former en matière de responsabilité médicale, de veiller à l'harmonisation du fonctionnement du dispositif et de préparer un rapport annuel permettant de l'évaluer.

I.2 - La loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale a, notamment, prévu (article L.1142-1-1) que les dommages les plus graves résultant d'infections nosocomiales sont indemnisés, quelle qu'en soit l'origine (responsabilité de l'établissement engagée ou aléa), par l'ONIAM, lequel dispose d'une action subrogatoire contre l'établissement dans le cas de faute établie de l'assuré à l'origine du dommage. Cette loi et la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ont, par ailleurs, également prévu la remise d'un rapport d'activité semestriel de l'ONIAM au Gouvernement, au Parlement et à la CNAMed (article L.1142-22-1).

I.3 - Enfin, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte plusieurs articles qui aménagent les dispositions relatives aux experts en accidents médicaux. Cette loi, la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur et la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 confient, par ailleurs, de nouvelles compétences à l'ONIAM en matière d'indemnisation de dommages causés à des victimes par le système de santé (dommages liés à des vaccinations obligatoires, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, dommages liés à des mesures sanitaires prises par l'Etat).

II. - Dispositions réglementaires

II.1 - Mise en place du dispositif

Trois décrets ont précisé la composition et le fonctionnement des différentes instances du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux :

- décret n° 2002-638 du 29 avril 2002 relatif à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ;
- décret n° 2002-656 du 29 avril 2002 relatif à la Commission nationale des accidents médicaux ;
- décret n° 2002-886 du 3 mai 2002 relatif aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Le décret n° 2004-775 du 29 juillet 2004 relatif à la réparation des conséquences des risques sanitaires a ensuite modifié et complété les dispositions de ces trois décrets, afin notamment de prendre en compte les modifications introduites par la loi précitée du 30 décembre 2002 (prise en charge au titre de la solidarité nationale des dommages liés à des infections nosocomiales particulièrement graves, possibilité de créer des commissions interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) et de faciliter l'exécution des missions de la Commission nationale des accidents médicaux (envoi systématique des rapports des commissions régionales à la commission nationale, remboursement des frais de déplacement et, dans certains cas, indemnisation des membres).

Certaines des dispositions du décret n° 2005-1768 du 30 décembre 2005, relatif aux nouvelles missions confiées à l'ONIAM par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, ont complété le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux : d'une part, le déport de l'instruction d'un dossier vers une autre commission régionale, lorsque le président de la première se trouverait en conflit d'intérêts et en l'absence de vice-président et, d'autre part, l'indemnisation des rapporteurs de la CNAMed.

Enfin, ce décret et le décret n° 2010-251 du 11 mars 2010 relatif à l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus d'immunodéficience humaine ou par le virus de l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang ainsi qu'à l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de vaccinations obligatoires ont organisé la procédure de règlement amiable de ces dommages, en prévoyant le recours aux experts de la liste nationale établie par la CNAMed.

II.2 - Inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux

II.2.1 - Décret n° 2004-1405 du 23 décembre 2004 relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux prévue à l'article L.1142-10 du code de la santé publique

La CNAMed a notamment pour mission d'élaborer une liste nationale des experts en accidents médicaux, auxquels ont recours les CRCI pour apprécier le caractère de gravité du dommage subi par la victime et, le cas échéant, établir son imputabilité ainsi que la nature et l'importance de des préjudices indemnifiables.

Pour demander à être inscrits sur la liste, les experts doivent figurer sur l'une des listes d'experts judiciaires prévues par la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires (article L.1142-11 du code de la santé publique) ; les mesures transitoires qui permettaient aux experts de se prévaloir d'une qualification particulière en matière d'accidents médicaux (article 105 de la loi précitée du 4 mars 2002 modifiée par la loi du 9 août 2004) pour faire acte de candidature sans être préalablement experts judiciaires (mais ne pouvaient s'y maintenir que si, dans les quatre années de leur inscription, ils l'étaient devenus) se sont achevées le 24 décembre 2008.

Le décret du 23 décembre 2004 a eu pour objet essentiel de définir les modalités de la qualification des experts, leur permettant d'être inscrits sur la liste nationale.

Les candidats sont inscrits sur la liste des experts en accidents médicaux, pour une période de cinq ans, à raison d'un ou plusieurs domaines de compétence, en prenant en compte l'exercice de leur activité professionnelle, leur formation en responsabilité médicale et leur participation à un nombre minimal d'expertises.

Des rapporteurs, choisis au sein ou à l'extérieur de la CNAMed par son président, vérifient les connaissances et les pratiques professionnelles et expertales du demandeur, d'après le dossier qu'il a fourni (en particulier, en examinant des rapports d'expertises déjà réalisées en matière d'accidents médicaux) et, le cas échéant, au cours d'un entretien avec lui.

Lors d'une demande de renouvellement d'inscription sur la liste, les rapporteurs vérifieront également l'actualisation des connaissances du candidat, notamment en matière de responsabilité médicale, l'acquisition éventuelle de compétences dans le domaine de la réparation du dommage corporel et les conditions dans lesquelles l'expert a réalisé les missions qui lui ont été confiées au cours de la période écoulée depuis sa précédente inscription.

Enfin, plusieurs dispositions de ce texte ont pour objectif d'assurer l'impartialité des experts et de prévenir les conflits d'intérêts.

II.2.2 - Arrêté du 23 décembre 2004 relatif au dossier de candidature prévu à l'article R.1142-30-1 du code de la santé publique pour l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux

Cet arrêté établit la liste des pièces à fournir par les candidats qui sollicitent leur inscription ou son renouvellement sur la liste nationale des experts en accidents médicaux.

PRÉSENTATION DE LA COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MÉDICAUX

I - Composition et moyens

I.1 - Composition

I.1.1 - Textes

- Les ministres chargés de la santé et de la justice nomment le président et les membres de la CNAMed. Le président est un magistrat de l'ordre judiciaire ou un conseiller d'Etat, en activité ou honoraire. La CNAMed comprend 25 membres titulaires (et 25 membres suppléants nommés dans les mêmes conditions) : 5 professionnels de santé experts judiciaires, 4 représentants des usagers et 16 personnalités qualifiées, dont 8 choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du droit de la réparation des accidents médicaux, de la responsabilité médicale ou dans la formation en matière d'expertise, et 8 choisies en raison de leurs compétences scientifiques. Les mêmes ministres nomment un commissaire du Gouvernement et un commissaire du Gouvernement adjoint. Le secrétariat est assuré par la direction générale de la santé au ministère chargé de la santé (article R.1421-1 du code de la santé publique).

- Le président et les membres de cette commission ont été initialement nommés pour une période de cinq ans renouvelable par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la justice en date du 3 juin 2003, publié au Journal Officiel du 22 juin 2003. Plusieurs arrêtés ont ensuite procédé à la nomination de membres en remplacement de ceux qui ont cessé leurs fonctions (arrêté du 19 juillet 2004, publié au Journal Officiel du 4 août 2004, arrêté du 5 août 2005, publié au Journal Officiel du 18 août 2005, arrêté du 25 août 2006, publié au Journal Officiel du 5 septembre 2006, arrêté du 25 octobre 2006, publié au Journal Officiel du 8 novembre 2006 et arrêté du 29 août 2007 publié au Journal Officiel du 31 août 2007).

Le mandat de l'ensemble des membres de la commission a ensuite été prorogé pour une durée d'une année par arrêté du 3 juin 2008, publié au Journal Officiel du 12 septembre 2008. Enfin, la commission a fait l'objet d'un renouvellement complet par arrêté du 8 février 2010 (publié au Journal Officiel du 17 février 2010).

I.1.2 - Composition actuelle**Présidence : M. Dominique LATOURNERIE, conseiller d'Etat honoraire****Commissaire du Gouvernement : M. Jacques BRUNEAU, avocat général près la Cour d'appel de Paris****Experts judiciaires professionnels de santé :****1°) Experts professionnels de santé exerçant à titre libéral :****- Titulaires :**

- Dr Pierre-François CAMBON, chirurgien-dentiste libéral
- Dr Jacques VASSEUR, médecin libéral
- Dr François CAZENAVE, médecin libéral

- Suppléants :

- Dr Marc SABEK, chirurgien-dentiste libéral
- Dr Jacques LANGE, chirurgien libéral
- Dr François-Marie SANTINI, médecin libéral

2°) Experts professionnels de santé praticiens des établissements publics de santé :**- Titulaires :**

- Dr Pierre KIEGEL, chef de service des urgences
- Pr Denis VINCENT, chef de service de médecine interne

- Suppléants :

- Dr Jean-Marc JARRY, chef de service de chirurgie digestive
- Pr Luc BARRET, chef de service de médecine légale

Représentants des usagers :**- Titulaires :**

- Mme Linda AOUAR, de l'Association des paralysés de France (APF)
- Mme Mariannick LAMBERT, du Mouvement familles rurales
- M. Marc MOREL, directeur du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)
- Mme Éliane PUECH, de la Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux (AVIAM)

- Suppléants :

- M. Henri BARBIER, de la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR)
- Mme Lorraine BRIÈRE DE L'ISLE, de l'association Le Lien
- Mme Claude RAMBAUD, de l'association Le Lien
- Mme Marie-Solange JULIA, de la Fédération des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux (AVIAM)

Personnalités qualifiées :

1°) Choisies en raison de leurs compétences dans le domaine du droit de la réparation des accidents médicaux ou de la responsabilité médicale ou dans la formation en matière d'expertise :

- Titulaires :

- Dr Stanislas de GAIL, représentant le Conseil national de l'ordre des médecins
- Pr Mireille BACACHE-GIBEILI, professeur de droit
- Pr Sophie GROMB, chef de service de médecine légale
- Pr Denis SAFRAN, chef de service d'anesthésie-réanimation
- Pr Gérard MÉMETEAU, professeur de droit
- M. Jean-Pierre DINTILHAC, président de chambre honoraire à la Cour de cassation
- Dr Hélène BÉJUI-HUGUES, déléguée générale de l'Association pour l'étude de la réparation du dommage corporel (AREDOC)

- Suppléants :

- Pr Joël MORET-BAILLY, professeur de droit
- Dr Jean-Sébastien RAUL, enseignant de médecine légale
- Dr Patrice BODENAN, anesthésiste-réanimateur
- Pr Stéphanie PORCHY-SIMON, professeur de droit
- M. Jean MAZARS, conseiller doyen à la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation
- Pr Michel-Louis RIVOIRE, coordonnateur de département de chirurgie

2°) Choisies en raison de leurs compétences scientifiques :

- Titulaires :

- Pr Daniel ROUGÉ, chef de service de médecine légale
- Pr Fabrice PIERRE, gynécologue-obstétricien hospitalier
- Dr Patrick PÉTON, praticien hospitalier de médecine légale
- Pr André LIENHART, chef de département d'anesthésiologie
- Pr Philippe PARQUET, psychiatre hospitalier
- Dr Bertrand GACHOT, président d'un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- Dr Philippe HUBINOIS, chirurgien viscéral
- Pr Christine GRAPIN-DAGORNO, chirurgien hospitalier

- Suppléants :

- Pr Jacques LAGARRIGUE, chef de service de neurochirurgie
- Pr Bernard CHICHE, chirurgien viscéral
- Dr Cyril SCHWEITZER, pédiatre hospitalier
- Pr Jean-Louis POURRIAT, chef de service des urgences
- Dr Françoise TISSOT-GUERRAZ, infectiologue
- Dr Nadine ATOUI, praticien hospitalier en infectiologie
- Pr Gilles CHAINE, chef de service d'ophtalmologie
- Dr Joseph HAJJAR, responsable de service d'hygiène et d'épidémiologie

I.2 - Moyens

Le secrétariat est assuré par un fonctionnaire de catégorie A et un fonctionnaire de catégorie B, particulièrement consacré à la gestion de la liste nationale des experts en accidents médicaux, avec le soutien d'un agent de catégorie C, tous membres du Secrétariat général (Division Droits, éthique et appui juridique) de la direction générale de la santé.

II - Missions et fonctionnement

II.1 - Elaboration de la liste nationale des experts en accidents médicaux

La loi précitée du 4 mars 2002 a réformé l'expertise médicale par la création d'une expertise spécifique en matière d'accidents médicaux et par l'instauration d'une liste nationale sur laquelle l'inscription des experts doit être prononcée après vérification préalable de la qualification des candidats à cette inscription.

En conséquence, la CNAMed est chargée d'établir cette liste nationale, c'est-à-dire de prononcer l'inscription initiale et le renouvellement des experts et, s'il y a lieu, de procéder à leur radiation, à leur demande, ou en cas de manquement caractérisé à leurs obligations, de faits contraires à l'honneur ou à la probité, ou lorsqu'ils ne sont plus en mesure d'exercer normalement leurs activités ou lorsqu'ils sont radiés de la liste des experts judiciaires, notamment du fait de la limite d'âge (70 ans).

Les premières inscriptions sur la liste nationale des experts en accidents médicaux sont intervenues en mai 2005 et quatre listes récapitulatives annuelles ont été publiées au Journal Officiel des 25 mars 2006, 16 mai 2007, 22 août 2008 et 11 juillet 2009.

II.2 - Rapport annuel

La CNAMed est chargée d'évaluer l'ensemble du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, dans le cadre d'un rapport remis chaque année au Parlement et au Gouvernement.

A cette fin, la commission nationale examine le fonctionnement des commissions régionales, compare les modalités d'accès à ces commissions, analyse les avis rendus, apprécie le déroulement des procédures et évalue les conditions de réalisation des expertises diligentées par les commissions.

Pour l'élaboration du présent rapport, la CNAMed a, à l'instar des quatre années précédentes, demandé à chaque commission régionale de lui faire parvenir un rapport normalisé relatif à son fonctionnement, à son activité ainsi qu'aux expertises qu'elle diligente.

II.3 - Autres attributions et fonctionnement

Pour chaque réunion, le président établit un ordre du jour avec le secrétariat, lequel élabore le compte rendu des débats en liaison avec le président.

Au cours des années 2003 et 2004, des groupes de travail, constitués parmi les membres de la commission, ont élaboré, après de nombreux débats avec l'ensemble des membres, deux rapports sur la base desquels le Gouvernement a pu préparer le décret relatif à la qualification des experts en accidents médicaux et l'arrêté comportant la composition du dossier de candidature.

Par ailleurs, en application de l'article L.1142-10 du code de la santé publique, la CNAMed élabore des recommandations à l'attention des commissions régionales, visant à une application homogène de la procédure de règlement amiable par ces commissions : ainsi, une mission-type, accompagnée d'un livret de l'expert, a-t-elle été adressée aux commissions régionales au début de 2006 et a été réactualisée le 20 mai 2008, des modèles d'avis-types ont été recommandés aux commissions le 18 février 2009.

La commission reçoit régulièrement les présidents des commissions régionales ainsi que le président et le directeur de l'ONIAM, en vue de trouver, tant avec les présidents qu'avec cet établissement public, des solutions aux difficultés d'interprétation des textes ou d'application du dispositif. Des réunions régulières entre des représentants de la CNAMed, les juristes des CRCI et les services de l'ONIAM ont permis d'améliorer grandement le logiciel de suivi des avis des CRCI et la qualité de ces avis eux-mêmes.

II.4 - Formation des experts en responsabilité médicale

L'article L.1142-10 du code de la santé publique prévoit que la CNAMed contribue à la formation des experts en responsabilité médicale. Au cours de ses réunions mensuelles, elle a élaboré un programme de formation dans les différentes branches de ce domaine et elle coordonne la réalisation de cette formation dans le cadre d'un marché public passé par l'Etat avec un prestataire de services.

PREMIÈRE PARTIE :

CRCI : PHOTOGRAPHIE DE L'EXISTANT

Pour établir le rapport annuel au Gouvernement et au Parlement, prévu par l'article L.1142-10 du code de la santé publique (CSP), la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) a, comme pour ses précédents rapports, utilisé les données issues des rapports, que les présidents des commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI) doivent adresser chaque année à la CNAMed conformément à l'article R.1142-11 CSP. Pour faciliter le recueil et le traitement informatique de ces informations, un formulaire-type (**annexe n° 1**) a été utilisé. Sauf mention particulière, le sens des termes utilisés est celui indiqué dans ce document (*cf.* **annexe n° 1**).

Cette partie rend compte des principales données quantitatives tirées des rapports adressés à la CNAMed par les CRCI, dont une partie importante provient désormais du recueil automatisé qui fait l'objet, depuis plusieurs années, d'un travail commun de la CNAMed avec les CRCI et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Les données présentées sont assorties de quelques commentaires et suivies d'une brève conclusion sur les informations les plus saillantes qu'il est possible de mettre en évidence. Dans la mesure où plusieurs commissions régionales ayant le même président ont été regroupées au sein de pôles interrégionaux et ont des fonctionnements similaires, la plupart des données du présent rapport sont fournies par pôles interrégionaux, dans le double but de clarifier l'exposé et de faciliter la mise en évidence d'éventuelles différences. Le détail des données correspondant à chaque commission est fourni dans l'**annexe n° 2** et celui des pôles interrégionaux dans l'**annexe n° 3**.

Les pôles interrégionaux sont ainsi désignés : Bagnole (Île-de-France), Bagnole-Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie, Pays-de-la-Loire, La Réunion), Bagnole-Nord (Centre, Nord - Pas-de-Calais, Picardie), Bordeaux (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes), Lyon (Auvergne, Bourgogne, Rhône-Alpes), Lyon-Sud (Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur), Nancy (Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine, Guadeloupe-Martinique, Guyane). Cette répartition ayant été légèrement modifiée durant l'année 2006-2007, les données antérieures ont été regroupées selon l'organisation actuelle, de façon à faciliter les comparaisons. La répartition de la population entre les pôles interrégionaux métropolitains et la carte de ces pôles sont fournies dans l'**annexe n° 4**.

I.1 - Fonctionnement des CRCI : nombre de réunions et assiduité des membres

Toutes les commissions sont installées depuis plus de cinq ans pour le territoire métropolitain, plus de quatre ans pour les régions d'outre-mer. Pour permettre la comparaison avec les années précédentes, les données de ce rapport portent essentiellement sur les commissions du territoire métropolitain ; cependant, la totalité des données est consignée dans les **annexes n° 2 et n° 3**.

Le nombre annuel moyen de réunions est de 9, avec des extrêmes allant de 2 (Corse) à 33 (Île-de-France). En moyenne, 13 membres sur les 20 ont été présents et l'assiduité a donc été respectée. Les variations interrégionales sont peu importantes (de 11 pour les pôles de Corse et de Picardie à 18 pour celui de Midi-Pyrénées). Les CRCI de Guyane et de la Réunion se sont réunies une fois, celle de Guadeloupe-Martinique deux fois. Au total, 4192 dossiers ont été traités pour le territoire métropolitain, en tenant compte du fait qu'un même dossier a pu être examiné à plusieurs reprises en commission (éventuelle analyse de recevabilité, éventuelle demande de complément d'information, conclusion).

I.2 - Activité des CRCI

I.2.1 - Nombre de dossiers reçus

Il a été entendu qu'« un dossier » correspondait à une demande émanant d'une victime directe, et ce, quels qu'aient été le nombre de passages de ce dossier devant la commission et le nombre des victimes par ricochet ou celui des ayants droit.

Les CRCI ont une double compétence : elles peuvent être saisies, 1° *des « litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales »* et 2° *« des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé »* (art L.1142-5 CSP).

Il apparaît que, comme les années précédentes, cette seconde possibilité n'est pratiquement pas utilisée : aucune demande n'a été enregistrée dans ce domaine sur la période considérée ; il n'y en avait eu qu'une l'an dernier (difficulté d'obtention d'un dossier).

Les CRCI comportent deux formations : une *formation de règlement amiable* pour les litiges relatifs aux accidents médicaux, une *formation de conciliation* pour les autres litiges. Cette dernière peut être saisie, soit de première intention, soit après que la formation de règlement amiable eut déclaré irrecevable la demande, sous la forme d'une « *déclaration d'incompétence* » (article R.1142-15, al.1 CSP) lorsque les dommages imputés à un accident médical ne présentaient pas le caractère de gravité prévu par la loi.

Au total, 3404 demandes de règlement amiable en vue d'indemnisation et 11 demandes initiales de conciliation ont été reçues.

Il se confirme, d'années en années, qu'en pratique les demandeurs saisissent les CRCI :

- exclusivement en vue de l'indemnisation d'un accident médical dont ils estiment être victimes, moins d'une demande sur mille étant adressée au titre des « *autres litiges* » ;

- sous la forme d'une demande initiale qui est presque toujours celle d'un « *règlement amiable* », celle de « *conciliation* » représentant moins de 1 % des demandes initiales d'indemnisation depuis que ces données sont relevées avec précision.

La figure 1 représente la répartition des demandes d'indemnisation entre les pôles interrégionaux. Cette répartition apparaît globalement équilibrée, à l'exception du pôle de Bagnolet (20 % de l'ensemble, pour une moyenne de 14 % par pôle). Cette disproportion est encore plus nette lorsqu'on considère, non plus les pôles interrégionaux, mais les CRCI : celle d'Île-de-France a reçu 681 demandes d'indemnisation, contre une moyenne (\pm écart-type) de 130 ± 96 pour les autres CRCI (cf. **annexes n° 2 et n° 3**), soit environ cinq fois plus. La figure 2 représente le taux de demandes enregistrées par million d'habitants, qui est au contraire assez homogène et, en moyenne, de 55 par million d'habitants. L'an dernier, 3534 demandes d'indemnisation avaient été reçues, contre respectivement 2988 en 2007, 2661 en 2006, 3041 en 2005 et 3241 en 2004 : contrairement aux deux années précédentes, il n'y a pas de progression du nombre des demandes, mais une légère régression (- 4 % par rapport à l'an dernier), observable au niveau de pratiquement tous les pôles interrégionaux (figure 3).

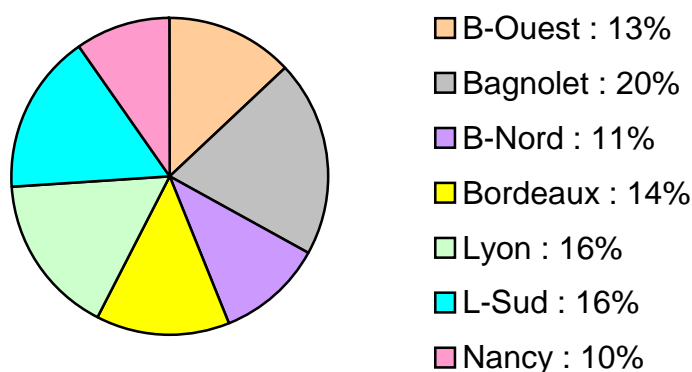


Figure 1. Répartition entre les pôles interrégionaux des demandes d'indemnisation ($n = 3404$)

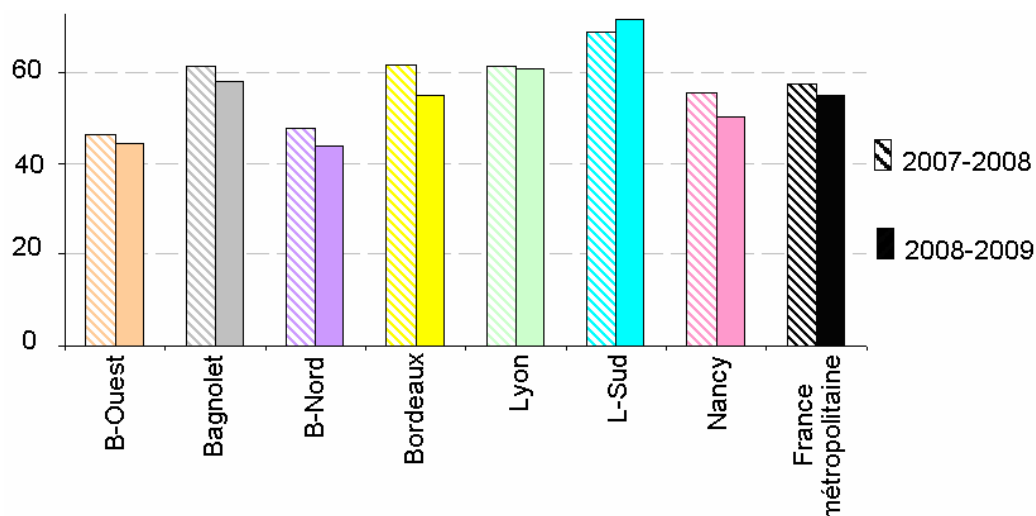


Figure 2. Taux de demandes d'indemnisation par million d'habitants (données Insee 2009) (les données de l'année dernière sont représentées hachurées)

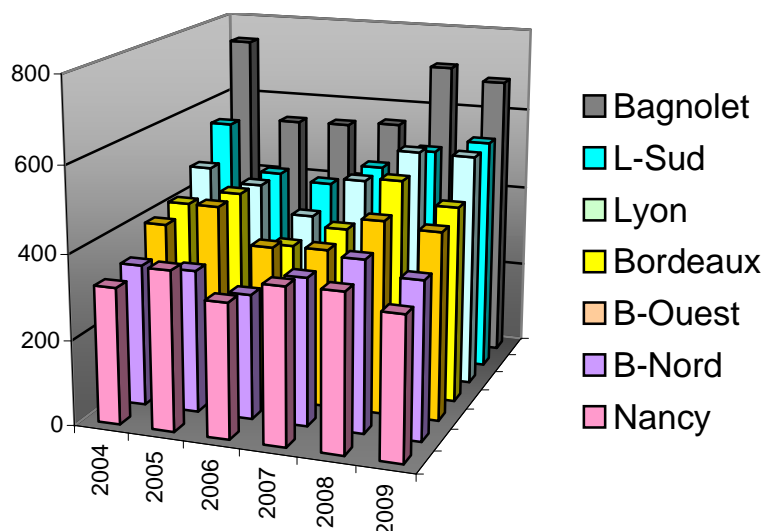


Figure 3. Evolution des demandes d'indemnisation selon les pôles interrégionaux

I.2.2 - Traitement des dossiers

Avant d'aborder le détail de celui-ci, il est utile de préciser la terminologie adoptée depuis plusieurs années. Dans ses premiers rapports, la CNAMed avait constaté l'existence de « divergences d'interprétation des différents actes de procédure produits par les CRCI » (*cf.* rapport 2004-2005 § II.1, p 24) : les catégories d'actes tels que « avis », « rejets », « demandes recevables », « demandes irrecevables », etc. ne qualifiaient pas les mêmes situations dans toutes les CRCI. Le travail d'harmonisation, réalisé par la CNAMed avec les CRCI et l'ONIAM, et présenté dans son rapport 2006-2007 (§ I.3.4, p 45-52), a conduit à utiliser la terminologie la plus neutre possible. Ainsi les termes d'avis, de rejet, d'irrecevabilité, d'incompétence, etc., sont-ils généralement abandonnés, au profit de celui de « conclusion », en qualifiant celle-ci de « positive » ou de « négative » à l'égard de la demande, et en précisant, dans ce dernier cas, si elle est survenue sans qu'il y ait eu recours à une expertise ou après celle-ci.

La première étape est constituée par l'instruction préalable du dossier. En effet, la majorité des dossiers envoyés à la commission sont incomplets ; il manque souvent des pièces indispensables, concernant notamment le dossier médical, qu'en outre certaines victimes peinent à obtenir. Or, la commission a besoin de disposer des éléments permettant d'apprécier la recevabilité initiale de la demande, préalable qui conditionne le passage à l'étape suivante.

Le délai moyen entre la date du premier enregistrement et celle de la constitution d'un dossier complet a été de cinq semaines, en réduction d'une semaine par rapport à l'an dernier, avec toujours d'importantes différences entre les pôles (de l'ordre de huit jours pour celui de Lyon à presque deux mois pour celui de Bordeaux). Au-delà d'un certain délai et après plusieurs courriers de rappel, par lettres simples puis recommandées, le dossier finit pas faire l'objet d'une conclusion négative sans expertise, s'il n'est pas complet.

Une fois le dossier considéré comme complet par la commission, **la seconde étape consiste en un examen de sa recevabilité initiale** à partir des pièces justificatives, celles-ci pouvant être préalablement soumises « *pour observation* » à un expert (article R.1142-14 CSP). En effet, la loi (art. L.1142-8, al. 1 CSP) prévoit que la CRCI ne rend un avis que « *lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1...* » (ce dernier ayant été explicité par l'article D.1142-1 CSP). S'il apparaît que le caractère de gravité n'est pas atteint, la demande fait l'objet d'une conclusion négative (en l'occurrence une irrecevabilité sous la forme d'une « *déclaration d'incompétence* ») ; dans le cas contraire, la commission désigne des experts (article L.1142-9 CSP), le recours à l'expertise étant obligatoire pour pouvoir rendre un avis. Le choix des experts est effectué par le président, soit d'emblée par délégation – généralement sur la suggestion d'une juriste ou, dans certains pôles, sur celle d'un médecin rémunéré à cette fin –, soit après avoir recouru aux compétences présentes au sein de la commission. A cette étape, il existe donc deux possibilités : soit conclusion négative sans expertise au fond, soit désignation d'expert.

Les résultats de cette première étape sont connus pour **4157 demandes d'indemnisation : 1213 conclusions négatives sans expertise au fond (29 %)** et **2944 désignations d'experts** sur le fondement de l'article L.1142-9 CSP, communément appelées expertises « au fond » (71 %). Ce nombre de 4157 est supérieur à celui des demandes d'indemnisation reçues (3404). L'absence de concordance s'explique par le mode de recueil des données, qui se fait sur une période fixe : certains dossiers traités durant la période couverte par le présent rapport avaient été reçus durant la période précédente, cependant que certains dossiers reçus durant la période couverte par le présent rapport n'ont pas encore été traités. Seul le suivi longitudinal des dossiers reçus pendant une période donnée permettra de disposer d'indications fiables sur le devenir des demandes, ce qui sera possible après quelques années de recueil valide des données avec l'outil informatique commun à l'ONIAM et aux CRCI. Le nombre de dossiers traités à cette étape est en tout cas en légère régression (- 2 %) par rapport à l'an dernier, où 3273 désignations d'experts et 962 conclusions négatives étaient dénombrées, soit respectivement une baisse de 10 % et une augmentation de 26 %.

Sur les 4157 dossiers traités cette année, **seuls 2,5 %** (soit 105 dossiers) **ont été soumis aux observations préalables d'un expert** (article R.1142-14 CSP), avec d'importantes variations d'un pôle interrégional à l'autre, ceux de Bagnolest-Ouest et Bagnolest-Nord totalisant 98 % de ces dossiers. A ce stade, plusieurs pôles ont régulièrement recours à un médecin vacataire expérimenté, conformément à la proposition d'harmonisation faite par la CNAMed (cf. rapport 2006-2007, § II.2 p 61 et § III.3 p 88).

La figure 4 représente la répartition entre pôles interrégionaux des conclusions négatives sans expertise au fond (art. L.1142-9 CSP) et la figure 5 celle des décisions de désignation d'experts. Les répartitions sont relativement proches de celle des demandes (cf. figure 1). La figure 6 représente le pourcentage de dossiers traités à cette étape par chaque pôle interrégional et la figure 7 celui de dossiers ayant fait l'objet d'une conclusion négative à cette étape, qui varie de 23 % (Lyon) à 35 % (Bagnolest-Ouest).

Le délai entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la CRCI a rendu la conclusion négative sans expertise a été 2,4 mois, en diminution par rapport à l'an dernier (2,8 mois) et l'année précédente (2,7 mois).

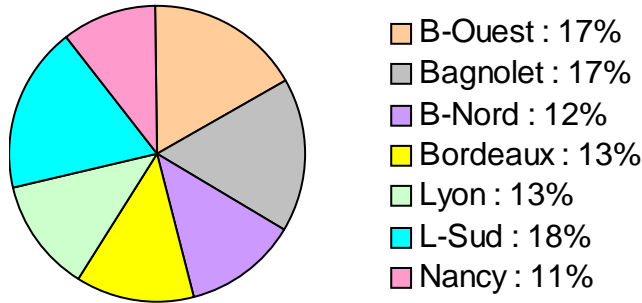


Figure 4. Répartition entre les pôles interrégionaux des conclusions négatives sans expertise au fond ($n = 1213$)

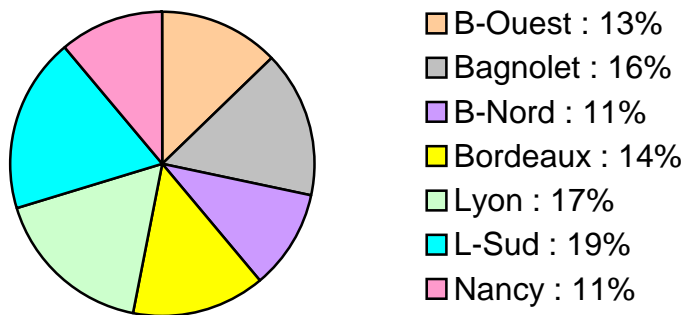


Figure 5. Répartition entre les pôles interrégionaux des désignations d'experts (art. L.1142-9 CSP) ($n = 2944$)

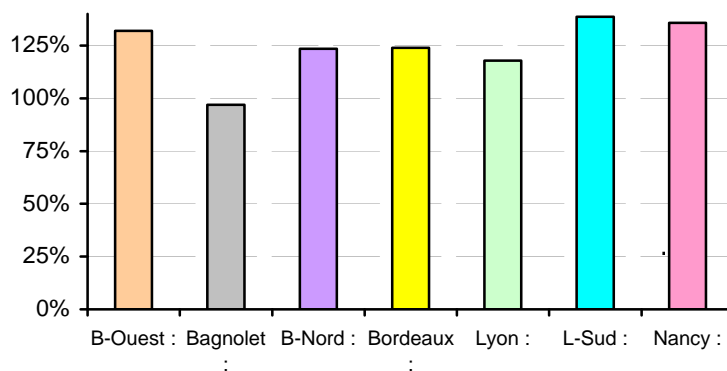


Figure 6. Pourcentage de dossiers traités selon les pôles interrégionaux (nombre de conclusions négatives sans expertise au fond et de désignations d'experts durant l'année considérée / nombre de demandes d'indemnisation reçues durant la même période)

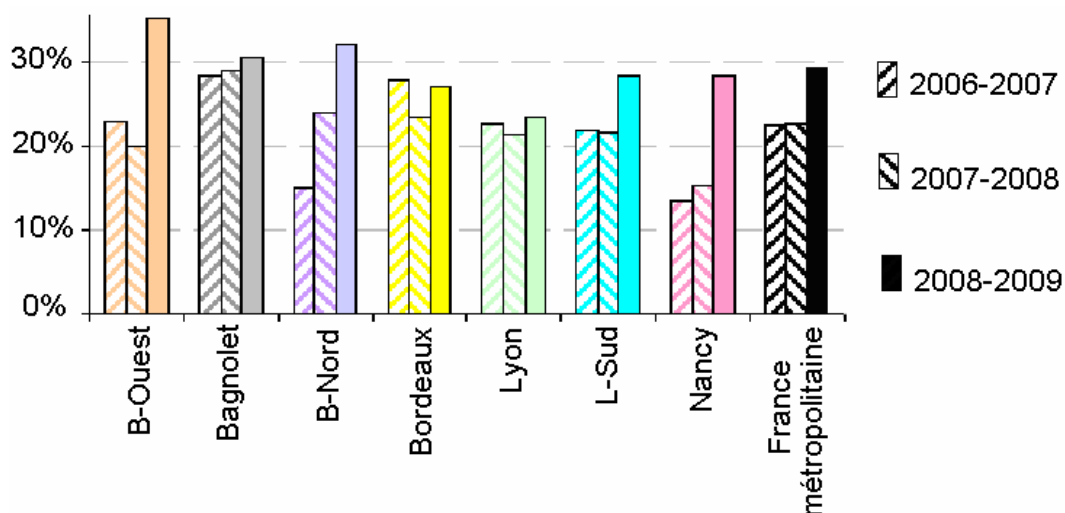


Figure 7. Pourcentage de dossiers dont la conclusion est négative sans expertise selon les pôles (nombre de conclusions négatives sans expertise au fond / nombre de dossiers traités à cette étape) (les données des deux années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.3 - Motif des conclusions négatives sans expertise au fond

Les motifs des **conclusions négatives sans expertise au fond** sont représentés dans la figure 8. Un constat d'abandon ou de désistement est intervenu dans 14 % des cas. Une irrecevabilité est intervenue dans 9 % des cas : essentiellement par défaut de production de pièces indispensables (7 %), accessoirement du fait de l'absence d'acte de prévention, de diagnostic ou de soins (1 %) ou d'un défaut de qualité à agir (1 %). Dans 67 % des cas, la commission a estimé la demande irrecevable et s'est considérée, par voie de conséquence, incompétente : parce que le seuil de gravité requis n'était manifestement pas atteint dans 59 % des cas, ce qui est le principal motif de conclusion négative à ce stade ; en raison d'une date des faits générateurs antérieure au 5 septembre 2001 dans 8 % des cas. Dans 10 % des cas, c'est l'absence évidente de lien de causalité entre l'acte en cause et le dommage qui motivait la conclusion négative. La répartition de ces motifs en fonction des pôles interrégionaux est fournie dans l'**annexe n° 5**, qui révèle une absence d'homogénéité.

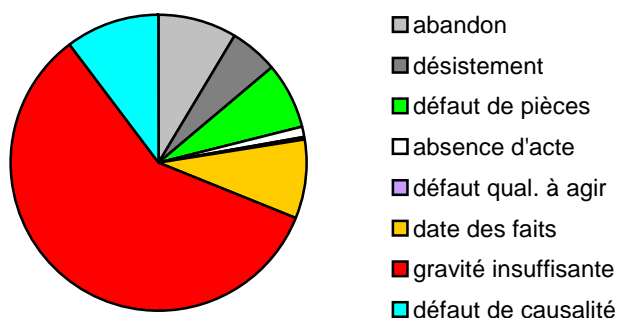


Figure 8. Motifs de conclusion négative sans expertise au fond

I.2.4 - Les expertises demandées sur le fondement de l'article L.1142-9 CSP

Celles-ci ont pour but de permettre à la CRCI d'émettre un avis. Elles ont été au nombre de **2944** ; leur répartition entre pôles interrégionaux, représentée dans la figure 5, a déjà été commentée.

I.2.4.1 - La collégialité

La loi (article L.1142-12 CSP) fait de la désignation d'un collège d'experts la règle de principe, l'expert unique étant l'exception. Mais la pratique s'en éloigne puisque, dans les faits, en moyenne seules **41 % des expertises sont collégiales**. Ce chiffre régresse légèrement, cette proportion étant de 43 %, l'an dernier, contre 39 % et 27 % les années précédentes. La figure 9 représente les valeurs observées dans chaque pôle interrégional : on relève que les différences importantes entre pôles, déjà observées dans les rapports précédents de la CNAMed, se maintiennent ; ainsi, le recours aux expertises collégiales varie-t-il de 18 % (à Lyon, où il progresse) à 67 % (à Bordeaux, où il continue de progresser).

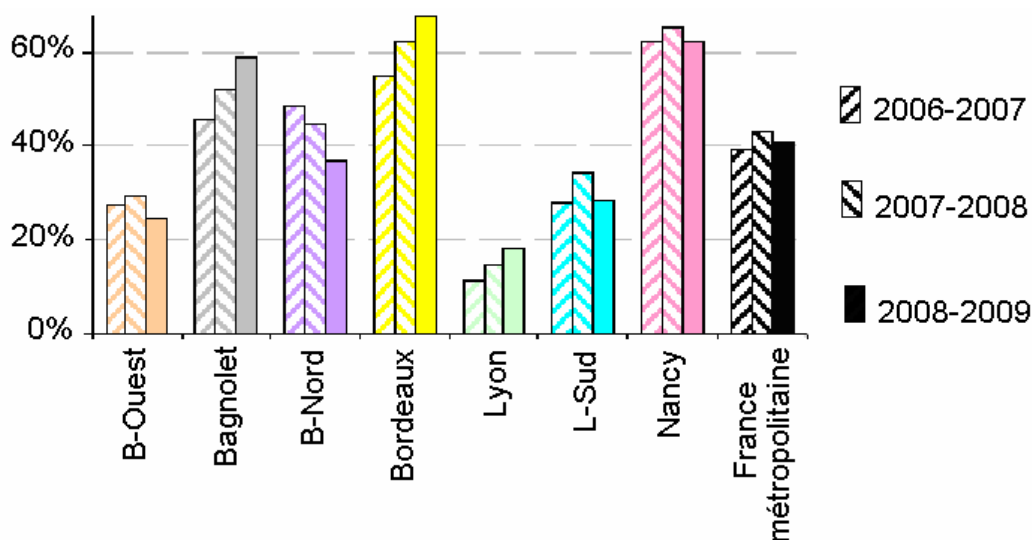


Figure 9. Pourcentage d'expertises collégiales selon les pôles interrégionaux (les données des deux années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.4.2 – L'inscription sur les listes

La loi (article L.1142-12 CSP) fait également de l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux la règle de désignation des experts. Toutefois, la CNAMed ayant été instaurée un an après les CRCI, le décret relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux ayant été publié plus d'un an plus tard et les inscriptions requérant du temps, des experts non inscrits sur cette liste ont été désignés, notamment ceux figurant sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires. La proportion d'experts sollicités hors liste des experts judiciaires ou liste nationale des experts en accidents médicaux est en moyenne de 13 %, en amélioration par rapport à l'an dernier où elle atteignait 18 %, mais toujours avec de fortes variations d'un pôle

interrégional à l'autre (figure 10) : de 2 % (Bordeaux) à 40 % (Lyon-Sud, où cette proportion dépassait 50 % l'an dernier). Par ailleurs, plus encore que les années précédentes, le recours à un sapiteur a été exceptionnel (84 cas, soit 2 %) ; c'est au niveau de pôle de Lyon-Sud qu'il a été le moins rare (4,5 %).

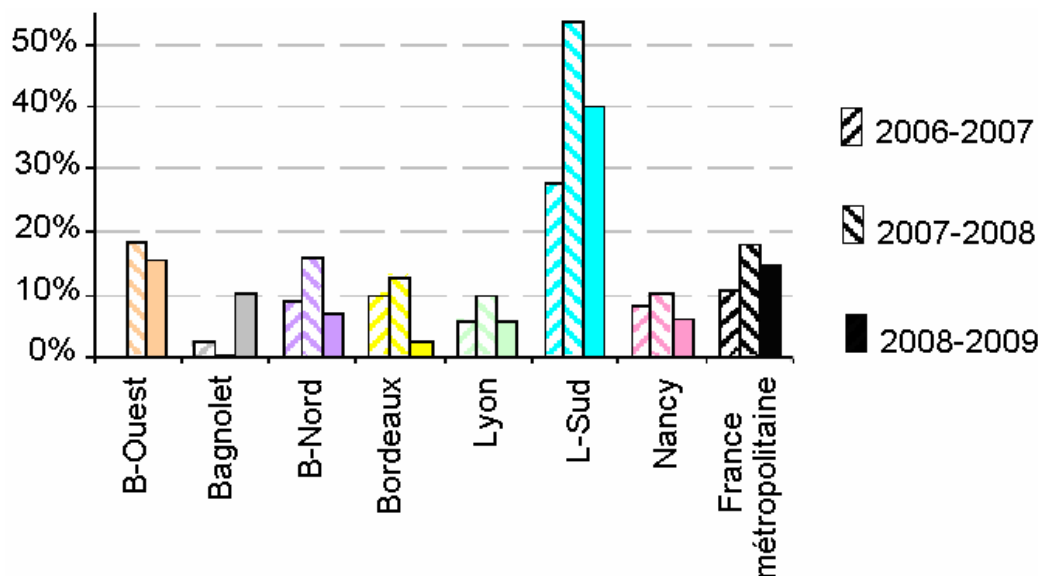


Figure 10. Pourcentage d'experts hors liste selon les pôles interrégionaux (les données des deux années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.4.3 - L'éloignement

La loi n'impose pas que l'expert choisi exerce dans un autre lieu que celui où les faits reprochés se sont produits. Mais, dès l'origine, les présidents des CRCI ont eu le souci de désigner des experts éloignés géographiquement de ce lieu, car ils y voient un gage d'indépendance. Cette pratique continue d'être observée ; ainsi le pourcentage d'experts exerçant dans un autre département que celui du lieu des faits reprochés a été en moyenne de 96 %, sans grandes disparités interrégionales, l'Île-de-France dépassant 80 % comme les deux années précédentes, contre 10% en 2005-2006.

I.2.4.4 - Les disciplines

En dehors de domaines couverts par un ou deux experts seulement (infirmière, masseur-kinésithérapeute, ingénieur biomédical), la plupart des experts sont médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien : leur discipline a été communiquée pour près de 99 % d'entre eux (soit 4165). La figure 11 représente la répartition des disciplines médicales les plus sollicitées, qui regroupent 90 % des experts désignés.

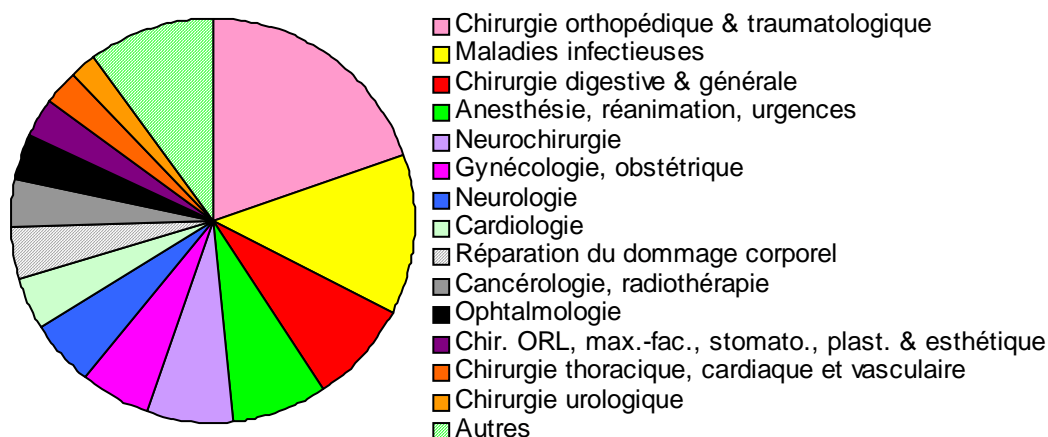


Figure 11. Principales disciplines des experts sollicités ($n = 4165$)

Ces données chiffrées sont les seules qui permettent de se faire une idée du champ médical dans lequel les accidents sont survenus et pour lesquels les personnes qui s'en estiment victimes saisissent les CRCI. Globalement, 60 % des experts relèvent de disciplines chirurgicales, associées à la gynécologie-obstétrique et à l'anesthésie-réanimation ; cette proportion était de 58 %, l'an dernier, 60 et 61 % les deux années précédentes. La discipline chirurgicale la plus sollicitée est la chirurgie orthopédique et traumatologique, la discipline médicale la plus sollicitée concerne les maladies infectieuses.

L'**annexe n° 6** fournit le détail des disciplines médicales sollicitées par les commissions régionales et l'**annexe n° 7** schématise leur répartition par pôles interrégionaux. Celle-ci apparaît assez homogène, à l'exception des spécialistes de réparation du dommage corporel qui représentent 15 % des experts du pôle de Bordeaux (en baisse par rapport aux années précédentes où il dépassait 25 %), pour une moyenne de 2 % dans les autres pôles.

I.2.4.5 - Les délais

Le délai imparti à l'expert pour rendre son rapport a été constamment de trois mois s'il était unique, parfois de quatre mois dans le cas de recours à un collègue d'experts. Le délai moyen de retour de l'expertise a été de 4,7 mois, comme l'an dernier. Le recours à un complément d'expertise ou à une nouvelle expertise a été rare (202 cas, soit une proportion de 7%, du même ordre de grandeur que les années précédentes).

I.2.5 - Les conclusions après expertise au fond

Les commissions siégeant en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales n'ont le pouvoir d'émettre un avis (article L.1142-8 CSP) que lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L.1142-1 CSP et précisé par décret (article D.1142-1 CSP). Seule l'indemnisation des dommages survenus dans le cadre de la recherche biomédicale (article L.1142-3, al.2 CSP) n'est pas subordonnée au caractère de gravité prévu par ces dispositions, ce qui n'a concerné qu'un seul dossier. A cette rare exception près, seules sont donc

susceptibles d'être qualifiées d'avis, les solutions adoptées par les commissions lorsque les dommages présentent le caractère de gravité prévu par la loi.

Lorsqu'un avis est rendu, il porte sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis ainsi que, le cas échéant, sur le régime d'indemnisation applicable. Il peut proposer une indemnisation ou, au contraire, considérer qu'il n'y a pas lieu de le faire, par exemple parce que les dommages, s'ils présentent bien le caractère de gravité prévu par la loi, ne sont pas imputables à un accident médical mais sont une conséquence prévisible de l'acte ou une complication de la maladie.

Lorsqu'un avis ne peut être rendu, faute pour les dommages subis par la victime de présenter le caractère de gravité prévu par la loi, le rejet de la demande pris sur ce fondement est, aux termes de l'article R.1142-15, al. 1 CSP, qualifié de « *déclaration d'incompétence* », et non d'*avis*. Toutefois, le risque d'une confusion entre ces deux qualifications étant avéré, il a été convenu, après concertation entre la CNAMed, les représentants des CRCI et le service informatique de l'ONIAM, que seul le terme de « conclusion » serait utilisé.

Les hypothèses où les CRCI ont estimé qu'il n'y avait **pas lieu de proposer une indemnisation** (« conclusions négatives après expertise au fond ») représentent **52 % des cas** (soit 1213 dossiers) et celles estimant qu'il y avait **lieu de proposer une indemnisation** (« conclusions positives après expertise au fond » ou avis positifs) s'élèvent à **48 % des cas** (soit 1209 dossiers).

Au total, les CRCI se sont prononcées après expertise dans 2522 dossiers. La différence entre ce nombre et celui de 2944 expertises demandées vient de la saisie des données sur une période donnée. Les années précédentes, les CRCI s'étaient prononcées après expertise dans 2550 dossiers en 2008, dans 2040 dossiers en 2007, 1996 dossiers en 2006 et 1506 en 2005 : un léger tassement (- 1 %) est donc observé, cependant que la proportion de « conclusions positives après expertise au fond » continue de baisser : 54 % en 2007, 52 % en 2008, 48 % cette année.

I.2.5.1 - Les conclusions négatives après expertise au fond

Les motifs des conclusions négatives à ce stade sont représentés dans la figure 12 : les principaux relèvent de trois catégories : l'absence de lien de causalité (**44 %**), de gravité suffisante des dommages au regard de l'exigence légale (**32 %**), l'absence de faute ou d'aléa (**19 %**). Leur répartition dans chaque pôle interrégional figure dans l'**annexe n° 8**, qui révèle un certain manque d'homogénéité.

La figure 13 représente la proportion de conclusions négatives dans l'ensemble des conclusions rendues après expertise au fond selon le pôle interrégional. A l'inverse de celle précédemment mentionnée, cette répartition est relativement homogène.

Le délai entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la commission a rendu ce type de conclusion a été en moyenne de 10,5 mois, avec des extrêmes allant de 3 (Picardie) à 13 mois (Haute Normandie), en légère augmentation par rapport à l'an dernier, où il était de 10 mois, contre 12 mois l'année précédente.

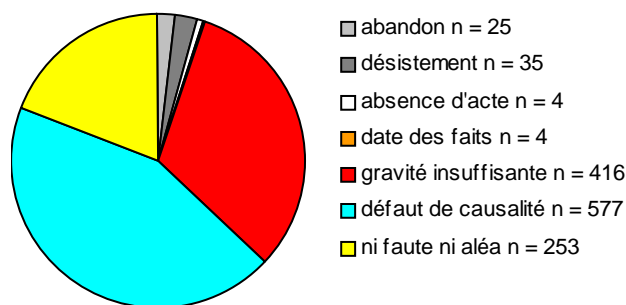


Figure 12. Motifs de conclusion négative après expertise au fond

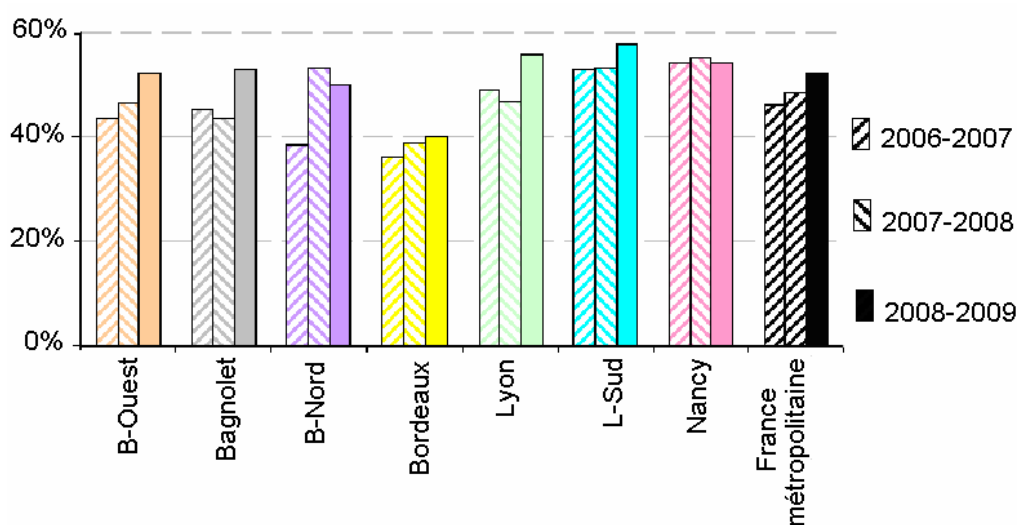


Figure 13. Proportion d'issues négatives dans les conclusions après expertise au fond selon les pôles interrégionaux (les données des deux années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.5.2 - Les conclusions positives après expertise au fond

La répartition des critères de gravité retenus pour admettre la recevabilité de la demande est représentée dans la [figure 14](#) : décès (**21 %**), taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 24 % (**26 %**), durée de l'incapacité temporaire de travail (ITT) de plus de six mois (**35 %**), troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence (16 %), inaptitude à exercer l'activité professionnelle (2 %). La répartition des critères de gravité retenus dans chaque pôle interrégional figure dans l'[annexe n° 9](#), qui met en évidence une grande homogénéité.

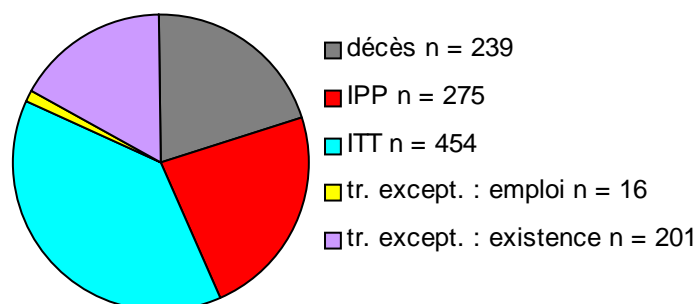


Figure 14. Critères de gravité pris en compte dans les conclusions positives après expertise au fond

Dans 71 % des cas, l'indemnisation proposée a été totale ; en cas d'indemnisation partielle, celle-ci a été motivée par l'état antérieur dans 14 % des cas, une perte de chance dans 13 %, les deux dans moins de 2 % des cas.

Le délai de six mois, entre la date de réception du dossier complet et celle de la réunion où la commission a rendu l'avis, n'a globalement pas été respecté. Il est en moyenne de 10,3 mois, avec des extrêmes allant de moins de 7 (Bagnolet-Nord) à plus de 13 mois (Bagnolet-Ouest), auquel il convient d'ajouter le délai entre la date de la réunion et celle de l'envoi de l'avis, qui peut atteindre deux semaines. Ce délai s'est légèrement amélioré par rapport à l'an dernier, où il était de 10,7 mois, et aux années précédentes, où il était de 10,7 en 2007 et 10,8 en 2006.

I.2.6 - Les propositions d'indemnisation

Le nombre des avis estimant qu'il y avait lieu de proposer une indemnisation a été de **1209** : 24 % au titre d'une infection nosocomiale (comme l'an dernier, contre 25 % en 2007 et 31 % les années précédentes) et 76 % hors infections nosocomiales. La [figure 15](#) représente la répartition des avis estimant que le dommage engage la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé (assureurs : article L.1142-14 CSP) et de ceux estimant que le dommage est indemnisable au titre de la solidarité nationale (ONIAM : article L.1142-1, II CSP). Le régime était unique dans 94,5 % des cas, prévoyait un partage entre responsabilité et solidarité dans 5,5 % des cas. Les données par pôle interrégional sont représentées dans la [figure 16](#), qui n'objective pas de défaut marquant d'homogénéité.

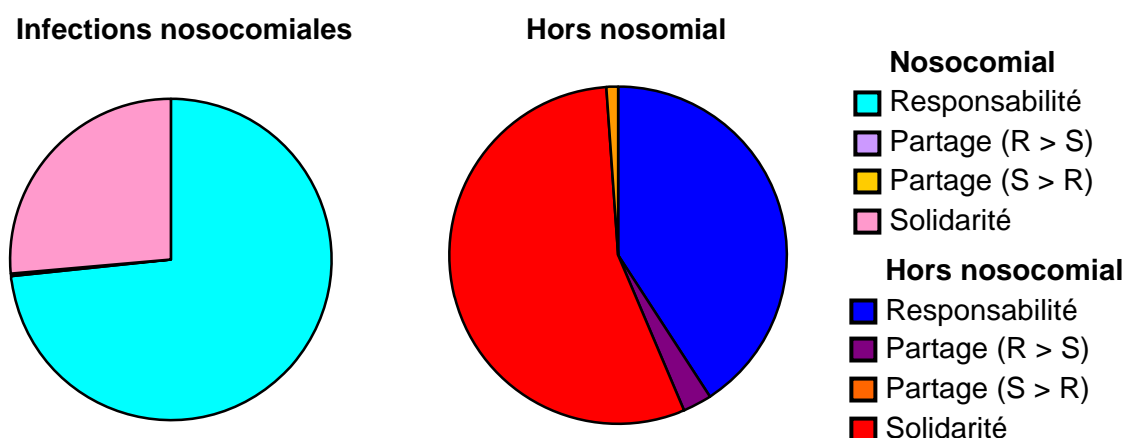


Figure 15. Répartition des propositions d'indemnisation

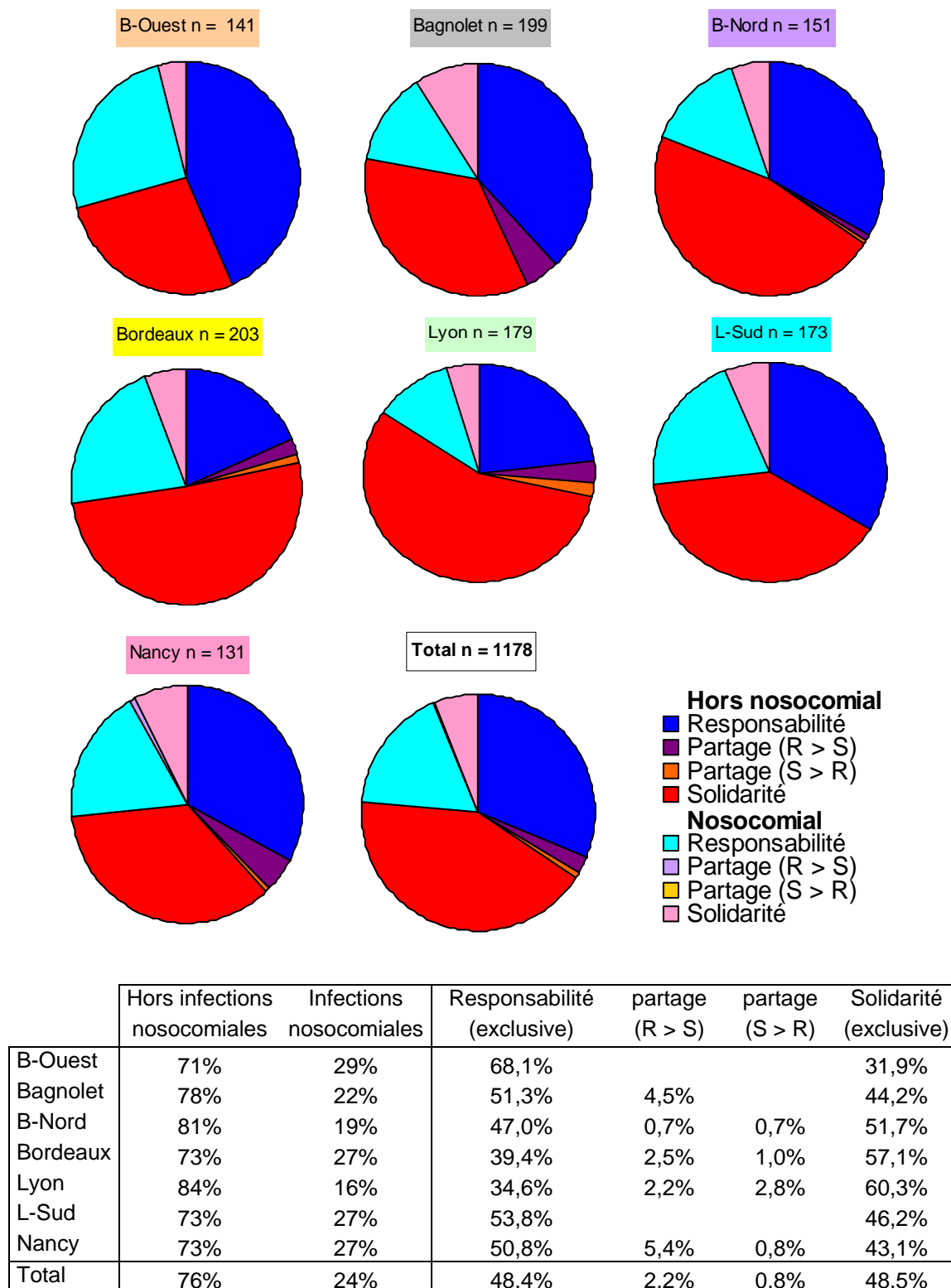


Figure 16. Répartition des types d'indemnités proposées selon les pôles interrégionaux (En cas de partage avec régime prépondérant, seul ce dernier a été pris en compte. Les propositions de partage sans régime prépondérant n'ont pas été prises en compte, expliquant un total légèrement inférieur à celui de l'ensemble des propositions d'indemnisation : 2 % des dossiers ne sont pas analysables)

I.2.7 - Les conciliations

Lorsqu'une commission estime la demande irrecevable parce que les dommages ne présentent pas le caractère de gravité prévu par la loi (sous la forme de la « *déclaration d'incompétence* » aux termes de l'article R.1142-15, al. 1 CSP), elle doit informer le demandeur de la possibilité qu'il a de saisir la formation de conciliation (article R.1142-15, al. 2 CSP). Celle-ci a été sollicitée dans **215 cas** (contre respectivement 222, 193 et 259 en 2008, 2007 et 2006). Il s'agissait exclusivement d'une demande d'indemnisation, aucun autre litige (*cf. supra* I.2.1) n'ayant été recensé. Il a été fait appel à un médiateur extérieur dans 57 % des cas, à un ou plusieurs membres de la commission dans 17 % des cas, à l'ensemble de la commission dans 26 % des cas ; comme l'an dernier et contrairement à l'année 2007, aucun dossier n'a été transmis à un conseil départemental de l'ordre des médecins. Les conclusions sont connues pour 106 dossiers : 11 accords totaux, 5 accords partiels et 90 constats de non-conciliation.

Rapportée au nombre de conclusions négatives au motif d'un défaut de gravité (« *déclarations d'incompétence* »), sans expertise ou au vu de celle-ci, la proportion des demandes de conciliation est de 19 %, en diminution par rapport aux années précédentes, où elle était de 23 et 28 %, essentiellement du fait de la forte baisse enregistrée au niveau du pôle qui en faisait le plus (Bagnolet) (*figure 17*).

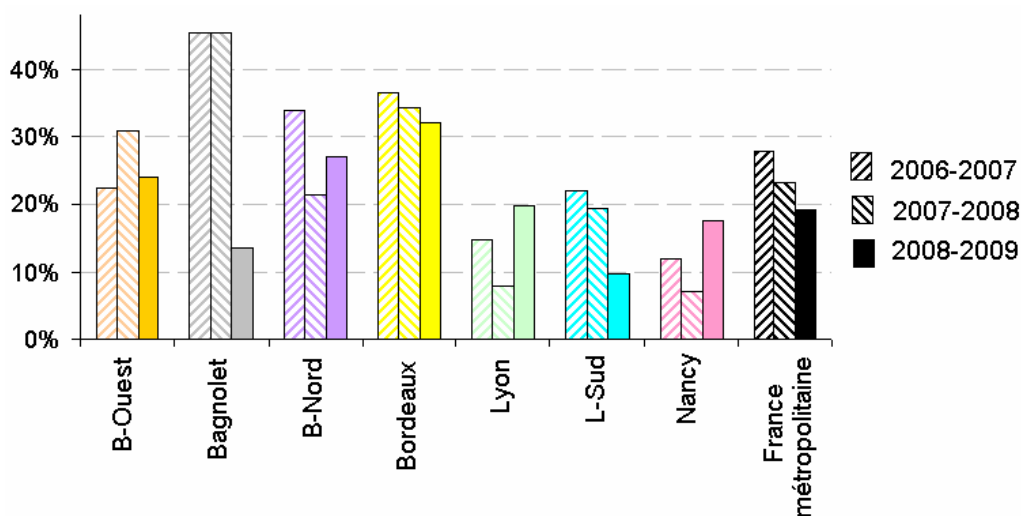


Figure 17. Pourcentage de demandes de conciliation par rapport aux conclusions négatives au motif d'un défaut de gravité selon les pôles interrégionaux (les données des deux années précédentes sont représentées hachurées)

I.2.8 - Les réouvertures de dossier

Un nombre croissant de dossiers ayant donné lieu à une conclusion a nécessité une réouverture en raison, soit d'une consolidation de l'état de santé (77 % des données fournies), soit d'une aggravation de celui-ci (16 %), soit de la communication d'un fait nouveau (7 %). A ce titre, 205 nouvelles expertises ont été diligentées.

I.3 - En résumé

I.3.1 - Un nombre de saisines et une activité des CRCI importants, mais en légère baisse

Le nombre de saisines des CRCI, après avoir augmenté de 18 % l'an dernier, fléchit cette année, de façon modérée (- 2 %), mais observable au niveau de tous les pôles interrégionaux, à l'exception de celui de Lyon-Sud. L'**annexe n° 10** analyse les taux de demandes en fonction des régions et de leur population, avec les données du présent rapport et celles des cinq dernières années : elle ne fait apparaître de répartition géographique ou démographique très particulière.

Le nombre de demandes d'expertises, qui avait augmenté de 39 % l'an dernier, baisse quant à lui de 10 %, cependant que le nombre de dossiers devant être réexaminés en raison de la consolidation du dommage, d'une aggravation ou d'un fait nouveau reste stable (figure 18).

Parmi les dossiers dont la recevabilité initiale a été examinée, la proportion d'issues positives diminue pour la première fois : 70 % ont abouti cette année à une demande d'expertise au fond, 30 % à une conclusion négative sans expertise, alors que, jusqu'alors, cette proportion était remarquablement stable, de l'ordre de 75 % / 25 %. Après expertise, la proportion de propositions d'indemnisation a également légèrement diminué (figure 19).

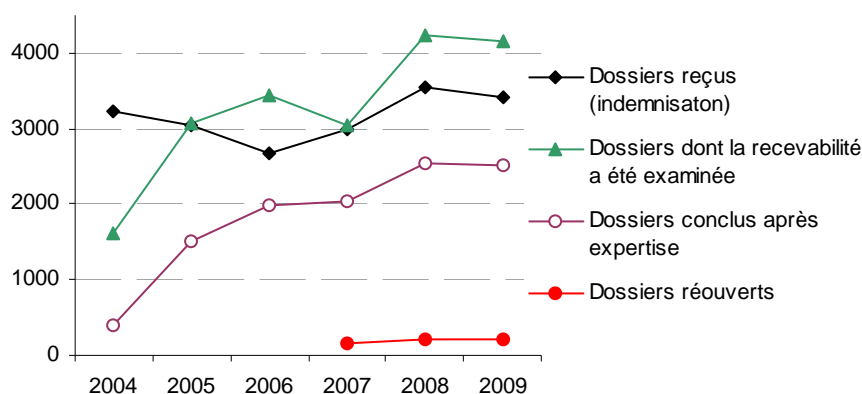


Figure 18. Evolution de l'activité des CRCI

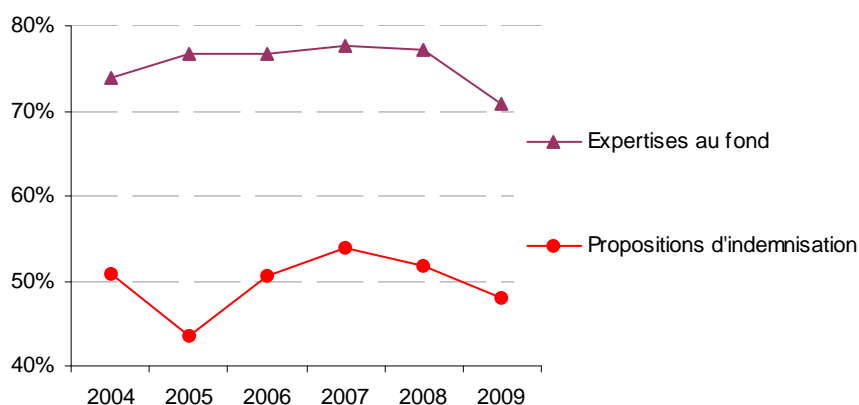


Figure 19. Evolution des proportions d'issue positive, en recevabilité et après expertise

Il en résulte une modification de l'évolution générale du nombre de ces propositions, qui, pour la première fois, connaît une inflexion. La répartition entre les différents critères de gravité reste en revanche d'une grande stabilité pour la quatrième année consécutive (figure 20).

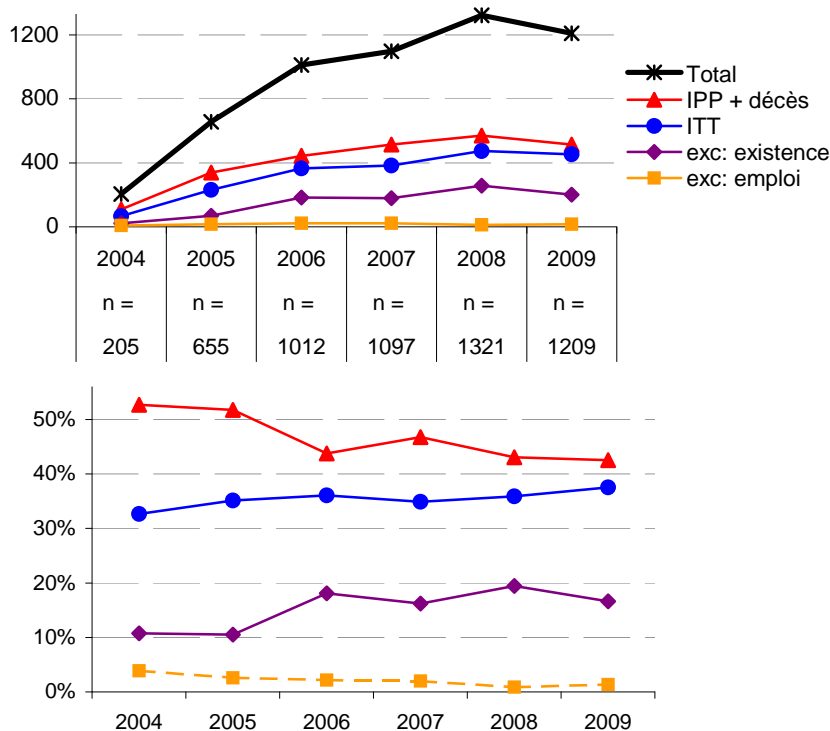


Figure 20. Evolution des critères de gravité motivant les conclusions positives, en valeur absolue (en haut) et en pourcentages (en bas)

I.3.2 - Des résultats relativement homogènes

Dans la quasi-totalité des cas, la saisine des CRCI a porté sur l'indemnisation. Environ 30 % de ces demandes a fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise, essentiellement en raison d'une gravité manifestement inférieure au seuil légal de gravité ou d'un abandon, explicite ou implicite, de la procédure par le demandeur.

Les autres demandes ont donné lieu à une expertise au vu de laquelle la CRCI a, un peu moins d'une fois sur deux, proposé une conclusion positive (avis positif) et, un peu plus d'une fois sur deux, estimé qu'il n'y avait pas lieu de proposer une indemnisation.

En cas de déclaration d'incompétence, le recours ultérieur à une procédure de conciliation a été utilisé moins d'une fois sur cinq, en diminution par rapport aux deux années précédentes, surtout au niveau du pôle de Bagnolet qui ne maintient pas son niveau antérieur élevé.

En cas de conclusion positive (avis positif), le régime d'indemnisation a été unique dans 95 % des cas, avec un mélange à part égale entre responsabilité et solidarité, un partage dans 5 % des cas.

Les infections nosocomiales ont représenté environ le quart du nombre des propositions d'indemnisation, comme les deux années précédentes et contrairement aux années antérieures, où elles en représentaient un peu moins du tiers.

I.3.3 - Des fonctionnements faisant régresser certains manques d'homogénéité

La proportion de conclusions négatives sans expertise est plus homogène que les années précédentes, où elle variait du simple au double d'un pôle interrégional à l'autre (cf. figure 7). Cependant, comme les années précédentes, leurs motifs ont varié dans des proportions considérables (cf. **annexe n° 5**) ; à l'inverse, la répartition entre ces motifs est très stable d'une année sur l'autre pour un même pôle interrégional, témoignant du maintien de pratiques différentes. Les hypothèses antérieurement avancées restent donc inchangées.

La proportion des différentes spécialités médicales sollicitées pour les expertises a été en revanche assez homogène, plus encore que les années précédentes, même si les spécialistes de réparation du dommage corporel sont toujours plus représentés au niveau du pôle de Bordeaux (cf. **annexe n° 7**), où l'expertise est par ailleurs plus souvent collégiale. La liste nationale des experts en accidents médicaux ne comporte pas d'inscription de spécialistes en médecine légale, l'analyse des faits litigieux devant être réalisée par un praticien de la discipline dont l'acte est mis en cause, qui n'est pratiquement jamais du ressort de cette spécialité ; elle porte par ailleurs une attention particulière à la compétence en matière d'évaluation du dommage corporel. Ainsi, pour pouvoir être désignés seuls, les experts doivent disposer d'une double compétence : celle de la discipline impliquée dans l'accident, de façon à fournir les éléments d'appréciation utiles à la commission pour lui permettre de se prononcer en matière de responsabilité et d'imputabilité, et celle de l'évaluation du dommage corporel. En conséquence, ne peuvent être désignés seuls, ni les spécialistes n'ayant pas une compétence suffisante en évaluation du dommage corporel, ni ceux n'ayant que cette seule compétence, comme ce peut être le cas des médecins n'ayant d'autre spécialité que celle de la médecine légale.

Le taux d'expertises collégiales, qui est un indicateur de la prise en compte de cette règle, a, en revanche, cessé de progresser et les inégalités d'un pôle interrégional à l'autre restent très importantes (cf. figure 9).

La variabilité du recours à des experts non inscrits sur une liste des experts judiciaires ou la liste nationale des experts en accidents médicaux s'est au contraire réduite. Le manque d'homogénéité reste cependant important, 40 % des experts sollicités par le pôle de Lyon-Sud n'étant inscrit sur aucune liste, contre une moyenne de 7 % pour les autres pôles (cf. figure 10).

La répartition des motifs des conclusions négatives après expertise n'est pas réellement homogène (cf. **annexe n° 8**). Comme l'an dernier, la proportion d'absence de critères de gravité diffère peu de la moyenne (32 %) d'un pôle à l'autre ; cette amélioration par rapport aux années antérieures a des conséquences pratiques car, dans ce cas, le demandeur doit être informé qu'il peut recourir à la « *formation de conciliation* », par le courrier accompagnant la « *déclaration d'incompétence* ». En revanche, l'absence de lien de causalité avec l'acte en cause ne représente que 19 % des motifs du pôle de Bagnole-Ouest contre 63 % pour celui de Nancy, alors que les rejets pour accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa) représentent 44 % des motifs du pôle de Bagnole-Ouest contre 3 % pour celui de Nancy. Une telle inversion des proportions avait déjà notée les années précédentes, mais avec d'autres pôles. Cette persistance suggère que des faits équivalents pourraient être qualifiés différemment, objectivant des modalités de classement différentes.

La répartition des motifs des conclusions positives après expertise (avis positifs) est en revanche particulièrement homogène (cf. **annexe n° 9**). La seule exception concerne le recours aux troubles exceptionnels dans les conditions d'existence par le pôle de Lyon-Sud (27 % contre une moyenne de 15 % pour les autres pôles), déjà relevé l'an dernier, où il atteignait 37 %.

Les délais des conclusions adoptées par les commissions sont représentés dans la **figure 21**. La répartition est plus homogène que sur les périodes précédentes et plus particulièrement 2005-2007. Le délai des conclusions toutes confondues s'est réduit, qu'elles soient positives ou négatives et, dans ce dernier cas, sans expertise ou après celle-ci, passant de 8 mois l'an dernier à 7,5 cette année. Le délai des avis positifs a diminué plus légèrement (**figure 22**).

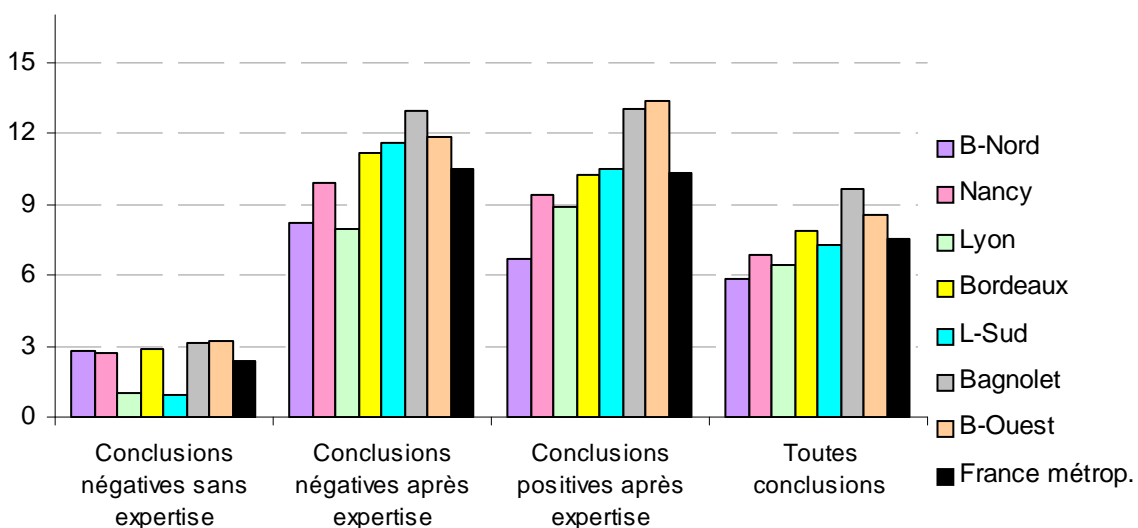


Figure 21. Délais (mois) des différents types de conclusion selon les pôles interrégionaux

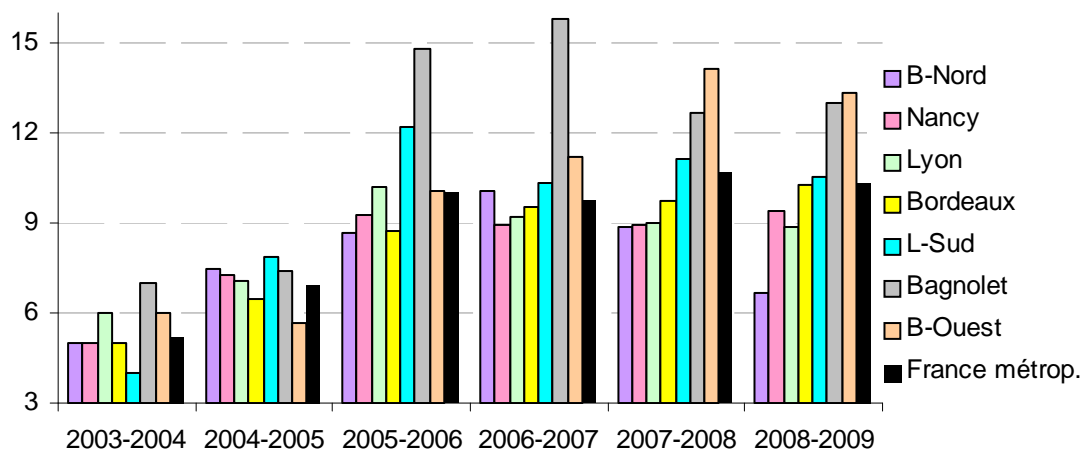


Figure 22. Délais (mois) des conclusions positives après expertise (*avis positifs*) selon les pôles

Il est à noter que l'important travail de clarification précédemment mené à l'initiative de la CNAMed avec les représentants des CRCI et le service informatique de l'ONIAM (*cf.* deuxième partie du rapport 2006-2007), associé à l'effort de fiabilisation de la saisie des données, permet d'assurer une meilleure surveillance de ces délais.

DEUXIÈME PARTIE :

LES TRAVAUX DE LA CNAMed

II.1 - Les travaux d'harmonisation du dispositif d'indemnisation des accidents médicaux

II.1.1 L'avis-type d'indemnisation d'accident médical

Dans son rapport 2005-2006 (§ II.1.3, p 30-33), partant de l'analyse de cent avis d'indemnisation, la CNAMed avait fait le constat de « disparités non négligeables » et « estimé nécessaire de proposer une présentation harmonisée de la rédaction des avis, de telle sorte que les CRCI tiennent compte des mêmes éléments pour rédiger les avis. » Ainsi, à titre d'exemple, ce rapport signalait-il : « S'agissant des *circonstances de l'accident*, certains avis sont très fournis et permettent d'avoir une représentation claire des événements à l'origine de la demande d'indemnisation, tandis que d'autres sont extrêmement succincts (parfois réduits à une ou deux lignes) et ne permettent pas de savoir ce qui s'est exactement passé. La même observation peut être faite sur *les causes des dommages* : soit les explications sont amplement développées, s'appuyant sur le rapport d'expertise cité à l'appui de l'analyse proposée, soit au contraire elles sont cursives, la solution retenue énonçant simplement que le dommage, dont la réparation est demandée, est dû à l'intervention subie, sans plus d'explications. »

Le rapport 2006-2007 a présenté le « projet de trame d'avis positif » (§ II.1.2, p 52-55 et annexe n° 11, p 119-123). Cette trame avait été élaborée au cours de réunions consensuelles réunissant des représentants de la CNAMed, les juristes des CRCI et le service informatique de l'ONIAM. Une première version a été soumise aux présidents des CRCI et débattue dans une réunion organisée par la CNAMed le 14 mai 2007. Au-delà des suggestions portant sur la rédaction même de l'avis, le souhait a été émis de pouvoir accéder par voie électronique aux avis émis par les CRCI, afin d'être en mesure de comparer les traitements donnés à des affaires relativement similaires. La version résultant de cette réunion a été validée par la CNAMed en septembre 2007, puis soumise aux observations des présidents de CRCI, dont il a été tenu compte dans le texte présenté dans l'annexe n° 11 du rapport 2006-2007. Une réunion associant le groupe de travail de la CNAMed et les présidents de CRCI a été prévue pour adopter formellement cette trame, mais a initialement buté sur des contraintes d'agenda.

Cette réunion a eu lieu le 30 janvier 2009, où l'intérêt de l'uniformisation des avis est apparu triple : respect de l'égalité entre les usagers, amélioration du travail pour chaque CRCI et facilitation de l'accessibilité au public. Le texte a été adopté, sous réserve d'une période d'essai de quelques semaines. Une nouvelle réunion avec les présidents de CRCI, organisée par la CNAMed le 24 avril 2009, n'a pas mis en évidence de difficulté particulière. Il a donc été convenu de passer à l'étape suivante, qui est l'élaboration de trames de conclusions négatives, en s'efforçant de minimiser autant qu'il est possible les différences

entre ces modèles, quitte à proposer quelques modifications de la trame d'avis positif pour faciliter cet objectif. La CNAMed a mandaté pour cette tâche son vice-président, le Pr André Lienhart, Mme Marguerite Pelier apportant sa compétence juridique à son départ à la retraite de la présidence des CRCI de Bagnolet-Ouest en juillet 2009. Il est par ailleurs apparu nécessaire que le cahier des charges de l'outil informatique partagé par les CRCI, l'ONIAM et la FIVA prenne en compte la nécessité de pouvoir facilement rendre anonymes les avis, de façon à les rendre accessibles au public.

II.1.2 Les trames de conclusions négatives

Une réunion a eu lieu le 9 juillet 2009 pour harmoniser la rédaction des conclusions négatives, qu'elles interviennent sans expertise ou après celle-ci. Le travail a été grandement facilité par, d'une part, la trame déjà réalisée pour les conclusions positives après expertise (avis positifs) et, d'autre part, la systématisation des différents motifs de conclusions négatives présentée dans les précédents rapports de la CNAMed et servant de base aux statistiques fournies dans le présent rapport. Il a été convenu de les expérimenter sans délai, de façon à les soumettre à la CNAMed, puis aux présidents de CRCI, après qu'elles aient été testées, notamment pendant la période d'attente de la publication de la liste des membres de la CNAMed.

II.2 - L'inscription des experts en accidents médicaux sur la liste nationale

II.2.1 - Données chiffrées

A la fin de l'année 2008, la liste nationale des experts en accidents médicaux comportait 284 inscrits dont 17 entre les mois de septembre et décembre, alors qu'au 28 avril 2009, le nombre d'inscrits était de 306. Le précédent rapport (année 2007-2008) constatait une évolution moins importante du nombre d'experts inscrits qu'au cours de la période couverte par le rapport réalisé au titre de l'année 2006-2007.

Au cours des six premiers mois de l'année 2009, 13 nouvelles inscriptions ont été réalisées sur la liste nationale et 5 décisions de rejet ont été prononcées. L'évolution des inscriptions entre septembre 2008 et mai 2009 est retracée en **annexe n° 11**.

L'infléchissement du nombre des inscriptions sur la liste nationale peut être attribué à un certain tassement des demandes au premier semestre 2009. Il convient de rappeler que les inscriptions sur la liste nationale ne sont effectuées que pour cinq années : toute demande de renouvellement devra faire l'objet d'une nouvelle décision permettant de vérifier la qualité expertale de l'intéressé ainsi que l'enrichissement de ses connaissances, notamment en matière de responsabilité médicale. L'année 2010 devrait connaître de telles demandes dont le nombre pourrait atteindre une vingtaine, eu égard à l'ancienneté des premières inscriptions.

Les inscriptions, ainsi que les rejets, prononcés par la commission nationale font l'objet d'une décision motivée qui est notifiée au demandeur.

La liste des nouveaux inscrits vient compléter un tableau, comportant la liste de l'ensemble des experts inscrits, qui est adressé à tous les présidents des CRCI, avec, pour chaque expert, le (s) domaine (s) de compétence retenu (s), sa capacité à réaliser des expertises seul ou non (c'est-à-dire sans qu'il lui soit adjoint un expert inscrit au titre de la réparation du dommage corporel), ses coordonnées postales et téléphoniques.

En application de l'article R.1142-36, la liste nationale des experts en accidents médicaux, ainsi que ses actualisations annuelles, sont publiées au *Journal officiel* ; une quatrième liste a été publiée le 11 juillet 2009. Les listes d'experts figurent sur le site de la CNAMed (www.cnamed.sante.gouv.fr).

II.2.2 - Difficultés rencontrées

Au cours de la période couverte par le rapport 2007-2008, la commission avait rencontré moins de difficultés que lors des années précédentes, les nombreux débats précédents ayant permis de dégager une « jurisprudence » issue d'un consensus important. Elle s'est dorénavant efforcée de faire coïncider au maximum le domaine de compétence dans lequel elle a inscrit un expert avec la réalité de son exercice au cours des années prises en compte pour cette inscription. Il en résulte ainsi parfois des domaines de compétence attribués qui peuvent paraître assez éloignés de la formation initiale ou de l'inscription ordinale de l'expert.

De même, il est apparu parfois inopérant d'inscrire de bons spécialistes qui n'avaient pas une connaissance suffisante en évaluation des préjudices médicaux : ainsi l'inscription sur la liste d'un chirurgien-dentiste qui rendrait nécessaire la désignation dans le collège d'experts d'un autre chirurgien-dentiste ayant une bonne pratique de l'évaluation de ce type de préjudices ne serait pas d'un grand profit pour les CRCI.

L'**annexe n° 12** montre la diversité des domaines de compétence et le souhait de ne pas subdiviser à l'infini les spécialités médicales : le recours fréquent à la mention particulière a permis de souligner les connaissances spécifiques de l'expert dans un aspect plus étroit de sa discipline, sans l'y cantonner absolument. Ainsi, les commissions régionales peuvent-elles mieux choisir l'expert dont elles ont besoin, que le dommage concerné leur semble devoir faire appel à une compétence très ciblée ou qu'il s'agisse d'une situation fréquemment rencontrée.

Par ailleurs, les rapporteurs de la commission ont procédé, dans tous les cas et comme ils le font depuis longtemps, à l'examen de rapports d'expertises fournis par le candidat, en moyenne trois. Les décisions de rejet mais aussi d'inscription sont donc fondées, comme le prévoient les textes (article R.1142-30-2 du code de la santé publique), non seulement sur les compétences techniques du candidat, mais également sur ses compétences expertales en

matière d'imputabilité des dommages et, le cas échéant, d'évaluation des préjudices qui en résultent : c'est seulement dans ce dernier cas que l'expert est autorisé à effectuer des expertises sans que lui soit adjoint un expert inscrit sur la liste au titre de la réparation du dommage corporel.

La commission s'est, en outre, montrée très ferme, mais réaliste, sur la question des conflits d'intérêts. Si l'activité expertale d'un candidat ne constitue pas un obstacle lors de sa demande et peut même être prise en compte pour apprécier ses qualités dans ce domaine, il en va différemment après son inscription : ainsi, le fait de travailler en médecine de recours ou pour une société d'assurances, dans le domaine du dommage corporel, ne pourra pas être accepté après inscription. L'une des conditions d'inscription des experts est l'engagement à ne pas effectuer, pendant la durée de l'inscription, de mission ou d'expertise incompatible avec l'indépendance et l'impartialité nécessaires à l'exercice de missions d'expertise.

II.3 - Propositions de la CNAMed depuis 2003

Au cours des cinq années de sa première mandature, la CNAMed a mis en place des groupes de travail destinés à répondre aux missions qui lui ont été confiées par le législateur (article L. 1142-10 du code de la santé publique). Ces missions sont d'une part, de veiller à une application homogène du dispositif par les CRCI, d'autre part, de formuler des recommandations sur la conduite des expertises. Il est par ailleurs demandé à la CNAMed d'évaluer l'ensemble du dispositif dans un rapport annuel destiné au Gouvernement et au Parlement.

Les propositions issues de chaque rapport annuel s'adressent à des destinataires différents : le Gouvernement et le Parlement (pour des modifications de textes), les présidents de CRCI (la CNAMed agit alors par voie de recommandations), mais également l'ONIAM et les experts. Dans le cadre du fonctionnement du dispositif, certaines propositions ont pu avoir une suite immédiate, d'autres ont justifié des modifications législatives ou réglementaires

La Commission nationale des accidents médicaux, n'ayant pas pu être réunie pendant plusieurs mois, n'est pas à même de formuler de nouvelles propositions dans le cadre du présent rapport. Si elle constate que certaines de ses propositions ont rencontré un écho favorable, elle tient cependant à rappeler les diverses propositions figurant dans les précédents rapports dont la pertinence n'a pas encore pu être prise en compte (les destinataires des propositions figurent entre parenthèses).

II.3.1 - Propositions auxquelles a été apportée une réponse, au moins partielle

Proposition 1 : Harmonisation des missions d'expertise afin d'en renforcer la qualité et de garantir le traitement égalitaire des victimes (CRCI)

Afin de renforcer la qualité des expertises et de respecter le traitement égalitaire des victimes face aux nombreuses missions d'expertises existant en matière de responsabilité médicale, la CNAMed a élaboré, en concertation avec les présidents des CRCI, une mission d'expertise commune. Cette mission, divisée en trois parties, comporte des aspects spécifiques portant sur les infections et également sur l'expertise d'une victime en cas de perte d'autonomie.

Proposition 2 : Élaboration d'un livret de l'expert lui rappelant son rôle, les procédures à suivre et, en particulier, le caractère contradictoire de l'expertise (CRCI, experts)

Rappelant à l'expert la mission qui lui est confiée, le cadre dans lequel il intervient, les règles strictes de l'expertise, en particulier le respect de son caractère contradictoire, les procédures d'obtention de pièces médicales, ce livret est adressé aux présidents de CRCI pour qu'ils les remettent aux experts qu'ils nomment ; il est également destiné aux experts nouvellement inscrits sur la liste nationale des experts en accidents médicaux.

Proposition 3 : Prise en charge par l'ONIAM des frais de médecins ou d'avocats de la victime (ONIAM)

L'ONIAM a décidé de prendre en charge *a posteriori* les frais engagés pour l'assistance d'avocats ou de médecins, c'est-à-dire dans le cas où l'avis rendu par la CRCI concernerait un « aléa thérapeutique » ou une infection nosocomiale grave et ferait l'objet d'une indemnisation par l'ONIAM.

Proposition 4 : Prise en charge par l'ONIAM des frais de déplacement des victimes ou des experts (ONIAM)

La CNAMed a également souhaité que l'ONIAM puisse prendre en charge les frais de déplacement des victimes ou des experts en cas de délocalisation de l'expertise, situation qui se rencontre assez fréquemment en matière de responsabilité civile médicale.

Proposition 5 : Harmonisation des conditions d'accès aux CRCI et évaluation des postes de préjudices des victimes (Parlement)

Pour y parvenir, la CNAMed soulignait l'intérêt qui s'attachait à utiliser les mêmes postes de préjudices pour faciliter le travail de l'expert, depuis qu'elle avait recommandé aux CRCI de recourir à la nomenclature Dintilhac, d'ailleurs largement adoptée par l'ONIAM, les assureurs et la justice.

La loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et de l'allègement des procédures a répondu à ses attentes (article 112).

Proposition 6 : Modification du règlement intérieur type des CRCI visant à ce que la mission d'expertise adressée aux médecins soit celle élaborée par la CNAMed, sauf à être complétée dans des cas particuliers par des éléments spécifiques à l'affaire étudiée (Gouvernement)

Cette modification a été réalisée (arrêté du 7 mars 2007).

Proposition 7 : Respect de la collégialité de l'expertise, à savoir présence de deux médecins, l'un nommé au titre de ses compétences en matière de dommage corporel et l'autre en raison du domaine concerné, ou un seul médecin s'il possède les deux compétences (CRCI)

Une amélioration a été observée, mais elle est lente.

Proposition 8 : Possibilité pour un président de CRCI de s'adjoindre le conseil d'un médecin afin d'étudier la recevabilité de la demande en fonction des caractères de gravité (ONIAM, CRCI)

Cette possibilité se ferait en lieu et place de l'expertise préalable prévue à l'article R. 1142-14 du code de la santé publique, peu usitée. Cette possibilité a été proposée aux CRCI par l'ONIAM

Proposition 9 : Réduire les délais des avis des CRCI en offrant notamment la possibilité de créer plusieurs commissions régionales par région (Parlement)

La loi précitée du 12 mai 2009 a modifié en ce sens l'article L. 1142-5 du code de la santé publique.

Proposition 10 : Faciliter l'accès des membres de la CNAMed aux avis des CRCI couverts par le secret médical (Parlement)

Les textes donnent à la CNAMed mission de formuler des propositions visant à une application homogène du dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, notamment au vu de l'analyse des avis rendus par les CRCI. La CNAMed a donc proposé qu'elle puisse y accéder, même pour les données couvertes par le secret médical.

L'article 112 de la loi précitée du 12 mai 2009 renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer les conditions de cet accès, afin de préserver la confidentialité à l'égard des tiers : elle va prochainement formuler un avis sur ces conditions.

Proposition 11 : Élaboration d'une trame d'avis positif rédigé par les CRCI (CRCI)

Cette trame a été établie en concertation avec les présidents de toutes les CRCI, afin d'harmoniser les pratiques à ce niveau.

Proposition 12 : Motivation du refus de suivre un avis de CRCI (ONIAM, assureurs)

En cas de refus de suivre un avis rendu par une CRCI, l'ONIAM et les assureurs se sont engagés à motiver ce refus.

II.3.2 - Propositions auxquelles il n'a pas été apporté de réponse

Proposition 1 : Pérennisation de la possibilité d'inscrire sur la liste nationale des experts en accidents médicaux des praticiens qui ne sont pas déjà inscrits sur une liste d'experts judiciaires, mais justifient d'une formation et d'une pratique expertale en accidents médicaux (Parlement)

Cette proposition permettrait de puiser dans un plus vaste vivier pour inscrire des experts notamment dans des disciplines nouvelles.

Cette proposition a été reprise par le rapport de la mission d'information commune sur l'indemnisation des victimes d'infections nosocomiales et l'accès au dossier médical enregistré à l'Assemblée nationale le 8 juillet 2009. Elle figure, par ailleurs, parmi les dispositions d'une proposition de loi tendant à renforcer l'effectivité du droit d'accès au dossier médical et à rendre plus juste le régime d'indemnisation des dommages subis à l'occasion d'un acte médical, enregistrée à l'Assemblée nationale le 24 février 2010.

Proposition 2 : Désignation par les CRCI des seuls experts inscrits sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, sous réserve d'une disposition transitoire de l'ordre de deux ans (Parlement)

Cette proposition, complémentaire de la précédente, est seule à même de permettre d'inscrire sur la liste nationale davantage d'experts dont l'examen des dossiers par la CNAMed garantira la qualité, la compétence et l'indépendance.

Proposition 3 : Octroi d'une valeur normative aux recommandations émises par la CNAMed sur les pratiques à respecter, après concertation avec les CRCI (Parlement, Gouvernement)

Il apparaît indispensable à la CNAMed de parvenir à une harmonie dans les modalités de fonctionnement et les avis des CRCI, afin d'assurer une plus grande équité pour les victimes. Les recommandations de la CNAMed devraient revêtir, pour ce faire, une plus grande force contraignante.

Proposition 4 : Meilleur accompagnement des victimes, notamment en leur permettant de recourir à l'assistance de conseils médicaux ou juridiques (Gouvernement)

Cette mesure doit permettre aux victimes, notamment à faible revenu, de mieux défendre leur droit, en particulier lors des expertises.

Proposition 5 : Harmonisation de la prise en compte de l'état antérieur des victimes (CRCI)

Cette harmonisation doit s'articuler d'abord avec la difficile prise en compte de la pathologie à l'origine de l'acte mis en cause, mais également avec l'état de vulnérabilité dans lequel peut se trouver un patient lorsqu'il bénéficie de soins, ensuite en se référant notamment à la jurisprudence de la Cour de Cassation, en ce qui concerne son caractère latent ou patent et, enfin, en distinguant la recevabilité de la demande et l'évaluation du préjudice pour apprécier le rôle de l'état antérieur

Proposition 6 : Amélioration de la connaissance et du traitement des dossiers des CRCI (Parlement)

La CNAMed avait suggéré de faire coïncider la période couverte par son rapport annuel avec les deux rapports semestriels de l'ONIAM, afin de permettre une analyse comparable des données recueillies sur le fonctionnement des CRCI et ainsi de mieux agir sur les facteurs de blocage.

La CNAMed réitère son souhait que les périodes couvertes par son rapport et ceux de l'ONIAM soient les mêmes.

Proposition 7 : Maintien de la participation de la CNAMed à la formation des experts médicaux (Gouvernement)

La loi du 12 mai 2009 a substitué, dans l'article L.1142-10 du code de la santé publique, à la phrase : « La CNAMed est chargée d'assurer la formation des experts en responsabilité médicale » « la phrase suivante : « La CNAMed contribue à la formation des experts en responsabilité médicale ». Il apparaît souhaitable à la commission de continuer à assurer le rôle essentiel qu'elle a développé dans le domaine de la formation des experts, même si les conditions dans lesquelles elle l'assume diffèrent du précédent

Proposition 8 : Permettre aux victimes de mieux déterminer leurs besoins en aide humaine (CRCI)

Afin de permettre aux victimes, en amont de l'expertise, d'identifier, au plus près de la réalité, leurs besoins en aide humaine, pour que toutes les conséquences imputables à l'accident médical soient prises en compte par l'expert désigné par la CRCI, la CNAMed a élaboré un outil à l'attention des victimes. Cet outil apparaît indispensable parce que la victime, qui souvent n'est pas assistée à l'expertise, n'est pas toujours en capacité d'évaluer, ni même parfois d'identifier, tous ses besoins, pour deux raisons récurrentes :

- soit elle ne fait pas la part entre ses besoins et le soutien de son environnement familial ;
- soit elle se trouve dans une situation de déni de son état.

Ce tableau d'évaluation de l'aide humaine est un outil incontournable pour la victime à laquelle il convient de veiller à ce qu'il lui soit systématiquement adressé, selon des modalités pratiques à préciser (à titre d'exemple, il pourrait être joint à l'information donnée à la victime par le président de la CRCI qu'il y a désignation d'un expert).

LE MOT DU PRÉSIDENT

Ce rapport est marqué par son caractère de transition. En effet, plusieurs mois se sont écoulés sans que la CNAMed puisse se réunir. Du fait de sa composition et de la nécessité de consulter différents organismes, le précédent mandat a expiré sans pouvoir être immédiatement suivi d'un nouveau. Cette situation, à laquelle la commission nationale n'a aucune part, a conduit à un choix : ou bien rédiger un rapport englobant une période de deux ans (2008/2009 et 2009/2010) ou présenter un rapport, nécessairement plus bref, limité à 2008/2009. C'est cette dernière solution qui a été retenue, par respect pour la volonté du Parlement, la loi faisant obligation d'un rapport annuel.

Sa lecture montrera, cependant, combien, pendant sa période d'activité, la commission nationale a été entreprenante et dynamique pour remplir les missions délicates qui lui ont été confiées.

Elle a eu à cœur de procéder à la nomination d'experts pour compléter la liste nationale dont elle a la charge. Des critères sélectifs ont été définis pour assurer la plus haute qualité possible, mais aussi l'indépendance et l'objectivité. Pourtant, la CNAMed a constaté que l'état actuel des textes ne permettait pas de recevoir autant de candidatures que la qualité du service public le réclamerait. Des propositions en ce sens sont faites et il serait souhaitable que les pouvoirs publics permettent d'élargir le champ actuel des candidatures, par exemple en supprimant l'obligation que les experts qu'elle choisit soient préalablement des experts judiciaires.

De même, conformément à la loi, une « formation en responsabilité médicale » a été mise en place, faisant appel à des enseignants de haut niveau. D'une manière générale, la commission nationale s'est efforcée de donner à la loi toute sa portée et, chaque fois que cela lui paraissait à la fois possible et souhaitable, de présenter au Gouvernement et à la représentation nationale des suggestions pour rendre le dispositif encore plus efficace.

Dans le même esprit, elle a voulu donner toute sa portée aux dispositions législatives et réglementaires lui conférant un rôle de coordination du dispositif d'ensemble. Ceci a été rendu possible par la qualité des relations entretenues avec les autres acteurs du processus d'indemnisation, l'ONIAM et les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. Des liens de confiance réciproque ont été tissés et approfondis avec la direction de l'ONIAM et les présidents des CRCI, pour le meilleur fonctionnement d'un mécanisme complexe qui a quelque peu fragmenté les compétences et les responsabilités.

La nouvelle commission nationale est aujourd'hui en place. Avant de clore ce bref propos, qu'il me soit permis d'exprimer un vœu : que l'enthousiasme de chacun à servir la noble cause définie par le législateur en 2002 puisse se renforcer encore par l'adoption des quelques modifications juridiques proposées antérieurement et rappelées dans ce rapport. L'objectif de chacun est et demeure de servir au mieux le bien public.

REMERCIEMENTS

Ce rapport d'activité serait gravement incomplet s'il omettait de rendre un hommage légitime à tous ceux qui, au cours de l'année concernée, mais, plus largement pendant plus de cinq années, ont fait vivre cette institution nouvelle.

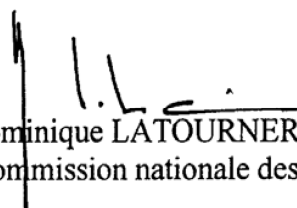
Il y fallait réunir de grandes compétences, juridiques, administratives et médicales pour imaginer des solutions répondant à cette innovation complexe, voulue par le législateur. Il y fallait aussi de l'enthousiasme créatif pour imaginer des solutions nouvelles.

Je tiens à exprimer mon admiration et ma reconnaissance à tous les membres de cette première formation de la CNAMed pour le travail accompli par eux, rappelant que ces fonctions sont exercées bénévolement et qu'elles ajoutent une charge complémentaire à leurs activités professionnelles normales. Si chacun mérite ce témoignage, je tiens à mentionner l'inlassable énergie, tout au long de ces années, de Madame le Dr Hélène HUGUES-BÉJUI et de M. le Professeur André LIENHART, sans lesquels la commission nationale n'aurait pu réaliser les avancées indispensables dans cette branche du droit sanitaire et social.

Ce propos se doit également d'exprimer la gratitude qui s'impose à l'égard des interlocuteurs privilégiés que constituent l'ONIAM et son directeur, M. Dominique MARTIN, mais aussi les présidents des CRCI. Les uns et les autres ont été mis en place avant même que la CNAMed ne soit constituée. Ils ont donc donné le premier élan au nouveau système d'indemnisation. Depuis, la commission nationale a veillé à instituer et maintenir une cohésion optimale - qui est dans sa mission même - entre les diverses entités créées par la loi, afin que le service public nouveau réponde pleinement à la volonté de ses créateurs et aux besoins des citoyens. Chacun a su y prendre sa part.

Enfin, un hommage particulier doit être rendu au secrétariat de la CNAMed constitué au sein de la direction générale de la santé. Cette équipe, peu nombreuse mais talentueuse, a fait face à un travail administratif et juridique considérable. Animée par M. Jacques CERDA, conseiller d'administration doté d'une vaste et solide expérience au service du droit, elle comprenait également M. Jean-Pierre GUARISE et Mme Nicole ROCHER qui ont, par leur dévouement au service public, permis de compenser la modestie des moyens disponibles.

Je me devais de porter témoignage de la gratitude et de l'estime que je porte à chacun pour avoir, dans son domaine de compétence, fait vivre cette branche nouvelle du droit social français.



Dominique LATOURNERIE
Président de la Commission nationale des accidents médicaux

ANNEXES

ANNÉE 2008-2009

Annexe n° 1 : Formulaire-type du rapport annuel des CRCI à la CNAMed

Période de référence des données :

→ entre le 1^{er} mai de l'année 2008 et le 30 avril de l'année 2009.

① Données sur le fonctionnement

1.1 - *Composition de la commission*¹

1.2 - *Mise en place administrative (pôle interrégional)*

1.2.1 - Personnel

1.3 - Nombre annuel de réunions

1.4 - Nombre annuel de dossiers traités en séance²

1.5 - *Nombre des membres présents (moyenne)*

② Dossiers recus

2.1 - Nombre de dossiers reçus (données annuelles)

⇒ Notion de « dossier » : un dossier correspond aux demandes résultant de l'accident médical de la victime directe (survivante ou décédée) ; il peut donc correspondre à la demande d'indemnisation formulée par la victime directe et éventuellement par les victimes indirectes (lorsque la victime directe est survivante) ou par les ayants droit (victime directe décédée).

2.1.1 - Au titre de l'indemnisation d'un accident médical

2.1.1.1 - Par voie de règlement amiable

2.1.1.2 - Par voie de conciliation³

2.1.2 - *Au titre d'un autre litige*⁴

2.1.3 - Délai moyen entre le premier enregistrement de la demande et celui de la demande complète⁵
(au titre de l'indemnisation)

2.1.4 - Nombre de dossiers ayant fait l'objet d'une double saisine de la commission et du juge⁶

2.2 - Expertises « préalables » (article R.1142-14)

2.2.1 - Nombre de demandes pour lesquelles une expertise préalable a été nécessaire

2.2.2 - Nombre de demandes ayant fait l'objet d'une conclusion négative sans expertise au fond

2.2.3 - Motif de la conclusion négative sans expertise au fond⁷ :

2.2.3.1 - Constat de :

2.2.3.1.1 - Abandon (implicite)⁸

2.2.3.1.2 - Désistement (explicite)

2.2.3.2 - Irrecevabilité pour :

2.2.3.2.1 - Défaut de production de pièces requises (article R.1142-13, al. 3 et 4)

2.2.3.2.2 - Absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic

2.2.3.2.3 - Défaut de qualité à agir

2.2.3.3 - Incompétence due à :

2.2.3.3.1 - Date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001

2.2.3.3.2 - Seuil de gravité non atteint

¹ Les items écrits en lettres italiques nécessitent un relevé manuel.

² Un même dossier est compté à chaque fois qu'il est examiné en séance par la commission.

³ Demandes initiales de conciliation (les demandes faisant suite à une conclusion négative sont recensées au chapitre ④).

⁴ Mise en cause de droits dont la personne malade est titulaire dans ses relations avec les professionnels et/ou les établissements de santé (par exemple : accès au dossier médical).

⁵ Au sens du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives.

⁶ Que la procédure, incluant les référés, soit en cours ou terminée.

⁷ En cas de motifs multiples, n'en donner qu'un, considéré comme principal : le total des catégories du 2.2.3 est égal à la valeur du 2.2.2.

⁸ Silence du demandeur ou retour du courrier « NPAI ».

- 2.2.3.4 - Rejet sans expertise au fond pour absence manifeste de lien avec l'acte en cause
- 2.2.4 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative sans expertise au fond

2.3 - Expertises au fond

- 2.3.1 - Nombre d'expertises au fond (hors dossiers ayant nécessité une réouverture) :
 - 2.3.1.1 - Nombre avec collège d'experts (hors sapiteurs)
 - 2.3.1.2 - Nombre avec expert unique (hors sapiteurs)
- 2.3.2 - Autres données
 - 2.3.2.1 - Nombre d'experts missionnés (hors sapiteurs)⁹
 - 2.3.2.2 - *Nombre d'experts missionnés hors liste des experts en accidents médicaux ou liste des experts judiciaires (article L.1142-12, al. 2)*
 - 2.3.2.3 - Nombre d'expertises avec recours à un « sapiteur » (article L.1142-12, al. 7)
 - 2.3.2.4 - Domaine de compétence
 - 2.3.2.4.1 - Des experts missionnés^{10,11}
 - 2.3.2.4.2 - Des sapiteurs (si disponible)
 - 2.3.2.5 - Délais :
 - 2.3.2.5.1 - *Délais demandés*
 - 2.3.2.5.2 - Délais de réponse (moyenne)
 - 2.3.2.6 - Nombre d'expertises complémentaires ou de nouvelles expertises
 - 2.3.2.7 - Comparaison des numéros du département du lieu de l'accident médical¹² et de l'adresse de l'expert¹³ :
 - 2.3.2.7.1 - Nombre d'experts d'un autre département
 - 2.3.2.7.2 - Nombre d'experts du même département

③ Suites données aux demandes d'indemnisation ayant fait l'objet d'une expertise au fond

3.1 - Demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond :

- 3.1.1 - Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond
- 3.1.2 - Motif de la conclusion négative après expertise au fond¹⁴ :
 - 3.1.2.1 - Constat de :
 - 3.1.2.1.1 - Abandon (implicite)¹⁵
 - 3.1.2.1.2 - Désistement (explicite)
 - 3.1.2.2 - Irrecevabilité pour absence d'acte de soins, de prévention ou de diagnostic
 - 3.1.2.3 - Incompétence due à :
 - 3.1.2.3.1 - Date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001
 - 3.1.2.3.2 - Seuil de gravité non atteint
 - 3.1.2.4 - Rejet après expertise au fond pour :
 - 3.1.2.4.1 - Absence de lien avec l'acte en cause
 - 3.1.2.4.2 - Accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa)
- 3.1.3 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion négative après expertise au fond

⁹ Un même expert désigné plusieurs fois est compté autant de fois qu'il est désigné.

¹⁰ Sauf impossibilité, utiliser pour cette liste les intitulés de la Commission nationale des accidents médicaux.

¹¹ Le total des catégories est égal à la valeur du 2.3.2.1.

¹² Si plusieurs lieux de soins successifs sont en cause, ce numéro est par convention celui du premier.

¹³ Professionnelle ou, à défaut, personnelle.

¹⁴ En cas de motifs multiples, n'en donner qu'un, considéré comme principal : le total des catégories du 3.1.2 est égal à la valeur du 3.1.1.

¹⁵ Cf. note 9.

- 3.2 - Demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond**
- 3.2.1 - Nombre de demandes ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond
- 3.2.2 - Critère de gravité pris en compte¹⁶ :
- 3.2.2.1 - Décès
- 3.2.2.2 - Taux d'IPP
- 3.2.2.3 - Incapacité temporaire de travail
- 3.2.2.4 - Conséquences graves sur la vie privée ou professionnelle :
- 3.2.2.4.1 - Inaptitude définitive à l'emploi précédent (article D.1142-1, 1°)
- 3.2.2.4.2 - Troubles dans les conditions d'existence (article D.1142-1, 2°)
- 3.2.3 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion positive après expertise au fond
- 3.2.4 - Part indemnisable :
- 3.2.4.1 - Nombre d'avis d'indemnisation totale
- 3.2.4.2 - Nombre d'avis d'indemnisation partielle
- 3.2.4.2.1 - En raison de l'état de santé antérieur
- 3.2.4.2.2 - En raison d'une perte de chance
- 3.2.4.2.3 - En raison d'une association des deux
- 3.2.5 - Régime d'indemnisation :
- 3.2.5.1 - Responsabilité :
- 3.2.5.1.1 - Accident médical fautif
- 3.2.5.1.2 - Infection nosocomiale avec IPP ≤ 25 %
- 3.2.5.1.3 - Infection nosocomiale avant la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002
- 3.2.5.1.4 - Produit défectueux
- 3.2.5.1.5 - Recherche biomédicale (article L.1121-10, al. 1)
- 3.2.5.2 - Solidarité :
- 3.2.5.2.1 - Accident médical non fautif
- 3.2.5.2.2 - Infection nosocomiale avec IPP > 25 %
- 3.2.5.2.3 - Infection nosocomiale au titre de l'article L.1142-1, II (cause étrangère)
- 3.2.5.2.4 - Intervention hors du champ habituel de l'activité (article L.1142-1-1, 2°)
- 3.2.5.2.5 - Recherche biomédicale (articles L.1121-10, al. 2 et L.1142-3, al. 2)
- 3.2.5.3 - Partage entre responsabilité et solidarité :
- 3.2.5.3.1 - Nombre avec un régime prépondérant (renseigner avec celui-ci les mêmes catégories qu'aux 3.2.5.1 et 3.2.5.2)
- 3.2.5.3.2 - Nombre sans régime prépondérant
- 3.3 - Ensemble des dossiers ayant donné lieu à une conclusion :**
- 3.3.1 - Nombre¹⁷
- 3.3.2 - Délai moyen entre la date de demande avec dossier complet et la date de la commission ayant abouti à une conclusion, positive ou négative et, dans ce dernier cas, sans expertise au fond ou après celle-ci
- 3.4 - Dossiers ayant nécessité une réouverture¹⁸ :**
- 3.4.1 - Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture¹⁹ :
- 3.4.1.1 - Pour consolidation
- 3.4.1.2 - Pour fait nouveau
- 3.4.1.3 - Pour aggravation
- 3.4.2 - Nombre d'expertises en consolidation et en aggravation demandées²⁰

¹⁶ En cas de critères multiples, ne donner par convention que le premier dans l'ordre indiqué : le total des catégories du 3.2.2 est égal à la valeur du 3.2.1.

¹⁷ Ce nombre est égal à la somme du 2.2.2, du 3.1.1 et du 3.2.1.

¹⁸ Si la conclusion « provisoire » est intervenue durant la période considérée, il convient de la compter également au 3.1 ou au 3.2.

¹⁹ Si ce nombre n'a pas été répertorié, ne renseigner que le 3.4.2.

④ Conciliations

4.1 - Objet de la conciliation :

4.1.1 - Nombre de demandes concernant une indemnisation²¹

4.1.2 - Nombre de demandes concernant un autre litige²²

4.2 - Nombre de demandes de conciliation concernant une indemnisation²³ :

4.2.1 - Demandes transmises à un autre organisme

4.2.2 - Demandes traitées par l'ensemble de la commission

4.2.3 - Demandes traitées par un ou plusieurs membres de la commission

4.2.4 - Demandes traitées par un ou plusieurs médiateurs extérieurs

4.3 - Nombre de procédures de conciliation closes :

4.3.1 - Non-conciliations

4.3.2 - Conciliations partielles

4.3.2 - Conciliations totales

⑤ Rapport

5.1 - Analyse des demandes

5.1.1 - « *Qualité* » des demandes :

= *compréhension du dispositif par les demandeurs, fréquence des pièces complémentaires à solliciter, recours à des intermédiaires, aide apportée par la commission pour établir le dossier,...*

5.1.2 - *Appréciation des formulaires*

5.2 - Analyse des expertises

5.2.1 - *Difficultés de recrutement des experts (domaine de compétence, compétence en réparation du dommage corporel, éloignement géographique, ...)*

5.2.2 - *Contenu - type de la mission d'expertise*

5.2.3 - *Appréciation des rapports d'expertise remis (avec un ou deux exemples)*

5.2.4 - *Nécessité d'un complément d'expertise*

5.2.5 - *Respect des délais*

5.3 - Recours au barème

Difficultés rencontrées par les experts pour évaluer les dommages en utilisant le barème

5.4 - Analyse des avis

5.4.1 - *Critères de gravité retenus*

5.4.1.1 - *Si IPP, taux*

5.4.1.2 - *Si ITT, durée*

5.4.1.3 - *Autre critère (conséquences sur la vie privée ou professionnelle)*

5.4.2 - *Faute, aléa, partage faute / aléa, infection nosocomiale grave ou intervention hors champ*

5.4.3 - *Existence d'un plan - type des avis ? Définition des chefs de préjudice ?*

5.4.4 - *Problèmes juridiques d'interprétation des textes*

5.4.5 - *Respect du délai de 6 mois*

5.5 - Suivi des avis

5.5.1 - *Transactions*

5.5.2 - *Hypothèses de substitution de l'office*

5.5.3 - *Analyse des recours contentieux connus*

5.6 - Autres questions

²⁰ Ces expertises ne sont pas comptées au 2.3.1.

²¹ Aux demandes initiales de conciliation formulées au titre de l'indemnisation (cf. 2.1.1.2) s'ajoutent celles succédant à la conclusion négative d'une demande formulée à ce titre.

²² Cf. note 5.

²³ Le total des catégories du 4.2 est égal à la valeur du 4.1.1.

Annexe n° 2 : Données quantitatives de chaque CRCI

A	B	C	D	E			H	I	J	
				Dossiers reçus						
Région	réunions	dossiers traités	présents	indemn	amiable	concil	autre litige	délai / complet (j)	double saisine	exp préalable
	1.3	1.4	1.5	2.1.1.1	2.1.1.2	2.1.2	2.1.3	2.1.4	2.2.1	
Alsace	6	92	12	87	0	0	22	18	0	
Aquitaine	12	240	15	207	2	0	50	16	1	
Auvergne	6	77	14	68	0	0	34	4	0	
Basse-Normandie	4	92	12	68	0	0	32	3	11	
Bourgogne	11	148	13	99	0	0	22	1	0	
Bretagne	7	192	15	153	1	0	37	1	17	
Centre	6	131	13	99	0	0	32	5	14	
Champagne-Ardenne	6	102	14	67	0	0	24	8	0	
Corse	2	19	11	14	0	0	35	0	0	
Franche-Comté	4	81	16	53	0	0	29	6	0	
Haute-Normandie	4	85	12	83	0	0	41	2	13	
Île-de-France	33	673	13	681	6	0	40	22	1	
Languedoc-Roussillon	10	232	12	174	0	0	29	11	0	
Limousin	5	62	13	54	0	0	54	6	0	
Lorraine	10	191	15	128	0	0	25	17	0	
Midi-Pyrénées	10	178	18	121	1	0	58	8	0	
Nord - Pas-de-Calais	10	272	11	192	1	0	33	14	16	
Pays de la Loire	6	169	14	138	0	0	42	2	24	
Picardie	4	92	11	79	0	0	31	7	8	
Poitou-Charentes	6	102	15	83	0	0	53	5	0	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	18	495	12	370	0	0	42	26	0	
Rhône-Alpes	11	467	13	386	0	0	25	17	0	
Total métropole		4192		3404	11	0		199	105	
moyenne, pondérée	9		13				36,3			
ou + écart-type	7		2							
Guadeloupe-Martinique	2	46	10	21	0	0	59	2	0	
Guyane	1	8	11	3	0	0	77	1	0	
Réunion	1	17	11	22	0	0	80	3	1	
Total avec DOM		4263		3450	11	0		205	106	

K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
conclusions négatives sans expertise	abandon	désistement	pièces	absence d'acte	déf qual à agir	date des faits	gravité	causalité	délai (m) ccl nég ss expt
2.2.2	2.2.3.1.1	2.2.3.1.2	2.2.3.2.1	2.2.3.2.2	2.2.3.2.3	2.2.3.3.1	2.2.3.3.2	2.2.3.4	2.2.4
29	0	1	2	0	0	2	24	0	2,6
63	1	6	11	0	2	7	34	2	3,7
18	0	0	1	0	0	2	15	0	1,4
26	11	0	0	1	0	3	6	3	3,4
35	0	1	4	0	0	3	27	0	1,4
84	24	5	1	0	1	5	41	3	3,2
37	9	2	0	0	0	4	21	1	1,7
25	0	0	2	0	0	3	18	2	2,5
3	0	0	1	0	0	0	2	0	1,8
22	0	0	2	0	0	0	18	2	3,4
29	9	3	0	1	0	2	11	2	5,4
202	7	3	0	0	0	22	93	77	3,1
64	2	3	6	2	1	2	47	1	1,3
19	0	2	7	1	0	1	8	0	1
53	0	1	5	1	1	2	40	3	2,5
46	2	4	9	1	0	3	25	2	2,2
85	12	6	1	1	0	11	50	3	3,23
67	19	6	0	1	0	4	30	4	2,3
25	5	0	0	0	0	2	18	0	3
28	0	3	5	0	0	2	18	0	3,5
154	3	11	26	2	0	17	88	7	0,8
99	1	4	6	0	0	5	72	11	0,8
1213	105	61	89	11	5	102	706	123	2,4
13	0	0	4	0	0	0	8	1	6,1
3	0	0	0	0	0	1	2	0	7,9
6	4	1	0	0	0	1	0	0	2,1
1235	109	62	93	11	5	104	716	124	

U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG
Expertises au fond	collège	unique	% collège	experts	hors listes	% hors listes	sapiteur	délai dmd	réel	compl ou nv	% autre expt	% autre dépt
2.3.1	2.3.1.1	2.3.1.2		2.3.2.1	2.3.2.2		2.3.2.3	2.3.2.5.1	2.3.2.5.2	2.3.2.6		
85	56	29	66%	143	6	4%	1	3	3,8	13	15%	100%
200	132	68	66%	338	5	1%	3	3	5	7	4%	100%
59	7	52	12%	66	2	3%	1	3	4,7	2	3%	100%
59	20	39	34%	79	10	13%	3	3	4,4	0	0%	99%
93	18	75	19%	111	10	9%	5	3	5,6	16	17%	100%
129	23	106	18%	159	20	13%	8	3	4,8	3	2%	94%
83	26	57	31%	109	10	9%	1	3	3,1	1	1%	100%
60	37	23	62%	102	8	8%	0	3	3,3	8	13%	100%
12	4	8	33%	16	14	88%	1	3	5,4	1	8%	100%
55	33	22	60%	90	5	6%	1	3	3,7	15	27%	100%
65	20	45	31%	87	23	26%	3	3	5,1	5	8%	95%
458	270	188	59%	748	77	10%	0	4	4,9	17	4%	82%
161	43	118	27%	205	38	19%	10	3	5	6	4%	99%
49	37	12	76%	90	5	6%	2	3	6,4	5	10%	100%
126	78	48	62%	205	14	7%	0	3	3,7	25	20%	99%
108	70	38	65%	181	0	0%	0	3	5,8	6	6%	99%
152	63	89	41%	219	15	7%	6	3	3,7	6	4%	96%
124	29	95	23%	155	21	14%	3	3	4,9	1	1%	99%
75	25	50	33%	101	5	5%	2	3	3,6	3	4%	99%
63	44	19	70%	110	5	5%	0	3	4,5	3	5%	100%
380	109	271	29%	494	232	47%	21	3	4,7	36	9%	99%
348	64	284	18%	415	21	5%	13	3	4,8	23	7%	99%
2944	1208	1736		4223	546		84			202		96%
			41%			13%		3,0	4,7		7%	
								0,2	0,9			
23	13	10	57%	36	1	3%	0	3	4,7	9	39%	100%
2	2	0	100%	4	1	25%	0	3	5,8	2	100%	100%
21	3	18	14%	24	19	79%	0	3	4	1	5%	42%
2990	1226	1764		4287	567		84			214		

AH conclusions négatives après expertise 3.1.1	AI Abandon 3.1.2.1.1	AJ Désistement 3.1.2.1.2	AK Absence d'acte 3.1.2.2.2	AL Date des faits 3.1.2.3.1	AM Gravité 3.1.2.3.2	AN Causalité 3.1.2.4.1	AO Ni ni 3.1.2.4.2	AP délai (m) ccl nég + expt 3.1.3
36	0	0	0	0	10	25	1	8,5
70	2	3	0	1	17	43	4	12
24	0	0	0	0	1	12	11	7,1
30	1	0	0	0	7	4	18	9,7
43	0	0	0	0	10	16	17	7,6
47	3	5	0	0	15	11	13	11,3
50	1	0	1	0	15	25	8	7,7
30	0	0	0	0	8	19	3	9,1
6	0	0	0	0	5	1	0	12,9
28	0	3	0	0	7	18	0	12,6
24	0	0	0	0	6	4	14	13
225	4	2	0	0	77	71	71	12,9
72	1	6	0	0	24	36	5	10,2
13	0	0	0	0	4	8	1	10,6
66	2	1	0	1	24	38	0	9,9
34	0	0	0	0	10	20	4	11,8
81	1	5	2	1	29	28	15	7,6
53	3	1	0	0	17	10	22	12,9
32	0	2	1	0	8	17	5	10,6
22	1	0	0	0	12	9	0	8,1
162	6	6	0	1	74	51	24	12,1
165	0	1	0	0	36	111	17	8,2
1313	25	35	4	4	416	577	253	10,5
9	0	1	0	0	3	5	0	18,3
2	0	0	0	0	0	2	0	35,9
5	0	1	0	0	0	2	2	7,5
1329	25	37	4	4	419	586	255	

AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA
conclusions positives après expertise	décès	IPP	ITT	emploi	existence	délai (m) ccl pos + expt	Indemn totale	état ant	perte de chance	les deux
3.2.1	3.2.2.1	3.2.2.2	3.2.2.3	3.2.2.4.1	3.2.2.4.2	3.2.3	3.2.4.1	3.2.4.2.1	3.2.4.2.2	3.2.4.2.3
19	4	3	8	0	4	9,2	15	3	1	0
86	8	22	43	1	12	10,9	65	13	1	7
21	6	5	9	0	1	7,9	13	3	5	0
29	4	6	8	2	6	12,8	19	0	6	0
39	6	4	25	0	4	9,9	27	7	5	0
53	13	9	19	1	8	13	36	2	14	0
39	6	11	16	1	5	5,9	21	6	8	4
37	11	8	10	0	8	7,8	28	6	3	0
8	2	1	3	0	2	12,9	7	0	1	0
23	6	4	9	1	3	10,7	16	5	2	0
26	4	4	3	2	6	14,6	20	2	2	0
201	40	53	73	1	34	13	133	35	33	0
54	10	16	16	0	12	10,4	39	7	8	0
24	6	4	8	0	6	10,1	19	3	0	2
56	9	22	18	0	7	10	42	9	4	1
57	10	14	22	0	11	9,8	41	14	1	1
93	18	15	34	2	15	7	56	14	23	0
33	8	11	10	2	2	13,4	25	2	4	0
32	10	3	13	1	4	6,7	20	1	11	0
41	10	11	12	0	8	9,6	33	6	0	2
113	25	22	30	1	34	10,4	91	11	11	0
125	23	27	65	1	9	8,7	93	22	10	0
1209	239	275	454	16	201		859	171	153	17
						10,3				
18	1	7	6	1	3	18,0	17	1	0	0
2	0	0	2	0	0	29,4	2	0	0	0
5	3	0	0	0	2	12,6	3	0	2	0
1234	243	282	462	17	206		881	172	155	17

BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP
Acc faut	noso < 25%	noso av 12/02	prod défaut	Aléa	noso > 25%	noso étrang	Hors champ	Recherche	Partage prépond	Acc faut	noso < 25%	Aléa	noso > 25%	Partage non ppd
3.2.5.1.1	3.2.5.1.2	3.2.5.1.3	3.2.5.1.4	3.2.5.2.1	3.2.5.2.2	3.2.5.2.3	3.2.5.2.4	3.2.5.2.5	3.2.5.3	...5.1.1	...5.1.2	...5.2.1	...5.2.2	3.2.5.3.2
7	5	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	16	2	0	41	5	0	0	0	4	3	0	0	1	0
7	2	0	0	7	2	0	0	0	2	2	0	0	0	1
15	5	1	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	4	0	0	20	0	0	0	0	2	1	0	1	0	2
24	16	0	0	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	3	0	0	19	1	0	0	0	2	1	0	1	0	5
14	5	0	1	13	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1
4	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	4	1	0	9	2	0	0	0	1	1	0	0	0	2
4	8	1	0	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75	26	0	1	70	18	0	0	0	9	9	0	0	0	2
19	10	1	0	19	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1
3	4	1	0	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
17	9	0	0	18	5	0	0	0	6	4	1	1	0	1
7	10	0	0	34	2	1	0	0	1	0	0	1	0	2
22	17	0	0	39	6	0	1	0	3	0	0	0	0	5
17	4	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	1	0	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	10	0	0	14	3	0	1	0	3	2	0	1	0	1
35	22	1	0	46	6	1	0	1	0	0	0	0	0	1
24	14	0	0	73	5	1	0	0	5	2	0	3	0	3
364	196	8	3	495	70	3	2	1	39	26	1	8	1	28
6	3	0	0	6	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
374	200	8	3	502	71	3	2	0	41	26	1	10	1	29

56

BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE
Toutes	délai					concil								
concl	(m)	consolid.	fait nv	aggrav	expt	indemn	autre litige	transmission	commission	membre	extérieur	non-concil	partielle	totale
3.3.1	3.3.2	3.4.1.1	3.4.1.2	3.4.1.3	3.4.2	4.1.1	4.1.2	4.2.1	4.2.2	4.2.3	4.2.4	4.3.1	4.3.2	4.3.3
84	6,4	7	0	1	8	5	0	0	5	0	0	5	0	0
219	8,8	9	0	0	9	20	0	0	0	16	4	2	0	0
63	5,8	1	0	1	2	3	0	0	3	0	0	1	0	0
85	8,7	1	0	0	4	7	0	0	0	0	7	1	0	0
117	6,4	8	0	0	8	10	0	0	10	0	0	6	0	0
184	7,8	0	0	0	1	12	0	0	0	0	12	2	0	0
126	5	0	0	0	8	6	0	0	0	0	6	2	0	0
92	6,2	4	0	3	7	4	0	0	2	2	0	3	0	0
17	11,8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	7,5	12	0	3	10	2	0	0	2	0	0	2	0	0
79	10,5	2	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
628	9,6	0	0	0	17	23	0	0	0	0	23	9	1	3
190	7,4	19	4	2	21	13	0	0	0	0	13	3	0	0
56	6,7	2	0	0	2	2	0	0	0	2	0	1	1	0
175	7,1	9	0	1	10	15	0	0	15	0	0	12	1	0
137	7,5	15	0	3	18	15	0	0	0	2	13	4	0	0
259	5,9	9	0	2	11	26	0	0	0	0	26	15	2	2
153	8,4	1	2	0	3	13	0	0	0	0	13	5	0	0
89	6,7	0	0	4	4	6	0	0	0	0	6	4	0	0
91	7	6	0	1	7	4	0	0	0	4	0	0	0	1
429	7,1	12	1	4	16	10	0	0	0	10	0	3	0	0
389	6,4	19	5	4	33	19	0	0	19	0	0	10	0	5
3735		137	13	29	205	215	0	0	56	36	123	90	5	11
	7,5													
40	15,1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
7	22,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	6,3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
3798		137	13	30	206	217	0	0	57	36	124	91	5	11

57

Légende du tableau (les numéros renvoient à ceux de l'annexe 1)

A	Région
B	Nombre de réunions durant l'année considérée
C	Nombre annuel de dossiers traités en séance
D	Nombre moyen de présences par réunion
E	Nombre total de demandes d'indemnisation amiable (1 dossier = 1 victime de soins)
F	Nombre total de demandes (initiales) de conciliation (à l'exclusion de celles faisant suite à une conclusion négative)
G	Nombre total de demandes de conciliation pour un autre litige que l'indemnisation
H	Délai (jours) entre l'enregistrement de la première demande et celle du dossier complet
I	Nombre de doubles saisines connues
J	Nombre d'expertises préalable
K	Nombre de conclusions négatives sans expertise au fond
L	Nombre de conclusions négatives sans expertise au fond au motif d'un constat d'abandon de la procédure
M	Idem, au motif d'un constat de désistement
N	Idem, au motif d'une irrecevabilité pour défaut de pièce demandée
O	Idem, au motif d'une irrecevabilité pour absence d'acte de diagnostic, de soins ou de prévention
P	Idem, au motif d'un défaut de qualité à agir
Q	Idem, au motif d'une incompétence pour date du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001
R	Idem, au motif d'un seuil de gravité manifestement non atteint
S	Idem, au motif d'un rejet pour défaut de lien de causalité
T	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion négative sans expertise
U	Nombre d'expertises au fond demandées
V	Nombre d'expertises au fond avec collège d'experts
W	Nombre d'expertises au fond avec expert unique
X	Pourcentage d'expertises au fond collégiales
Y	Nombre d'experts désignés
Z	Nombre d'experts hors listes des experts en accidents médicaux ou des experts juridiques
AA	Pourcentage d'experts désignés hors listes
AB	Nombre d'expertise ayant requis un sappeur
AC	Délai (mois) demandé aux experts
AD	Délai (mois) entre l'envoi de la mission aux experts et le retour de l'expertise
AE	Nombre d'expertises requérant un complément ou une contre-expertise
AF	Pourcentage d'expertises requérant un complément ou une contre-expertise
AG	Pourcentage d'experts exerçant dans un autre département que celui de l'accident médical
AH	Nombre de conclusions négatives après expertise au fond
AI	Nombre de conclusions négatives après expertise au fond au motif d'un constat d'abandon de la procédure
AJ	Idem, au motif d'un constat de désistement
AK	Idem, au motif d'une irrecevabilité pour absence d'acte de diagnostic, de soins ou de prévention
AL	Idem, au motif d'une incompétence pour du fait générateur antérieure au 5 septembre 2001
AM	Idem, au motif d'une incompétence pour seuil de gravité non atteint
AN	Idem, au motif d'un rejet pour défaut de lien de causalité
AO	Idem, au motif d'un rejet pour accident médical non indemnisable (ni faute ni aléa)
AP	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion négative après expertise
AQ	Nombre de conclusions positives après expertise au fond
AR	Caractère de gravité retenu : décès
AS	Caractère de gravité retenu : IPP
AT	Caractère de gravité retenu : ITT (si aussi IPP>24%, c'est l'IPP qui est retenue)
AU	Caractère de gravité retenu : exception = emploi (si un précédent critère existe, il prévaut : 1 seul critère)
AV	Caractère de gravité retenu : exception = existence (même remarque)
AW	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion positive après expertise
AX	Nombre d'avis d'indemnisation totale
AY	Nombre d'avis d'indemnisation partielle en raison de l'état de santé antérieur
AZ	Nombre d'avis d'indemnisation partielle en raison d'une perte de chance

BA	Nombre d'avis d'indemnisation partielle en raison d'une association des deux
BB	Régime d'indemnisation : responsabilité pour accident médical fautif
BC	Régime d'indemnisation : responsabilité pour infection nosocomiale avec IPP < 25 %
BD	Régime d'indemnisation : responsabilité pour infection nosocomiale avant décembre 2002
BE	Régime d'indemnisation : responsabilité pour produit défectueux
BF	Régime d'indemnisation : solidarité pour accident médical non fautif
BG	Régime d'indemnisation : solidarité pour infection nosocomiale avec IPP > 25 %
BH	Régime d'indemnisation : solidarité pour infection nosocomiale de cause étrangère
BI	Régime d'indemnisation : solidarité pour accident hors champ
BJ	Régime d'indemnisation : solidarité pour accident de la recherche biomédicale
BK	Partage entre responsabilité et solidarité : nombre avec régime prépondérant
BL	Régime prépondérant : responsabilité pour accident médical fautif
BM	Régime prépondérant : responsabilité pour infection nosocomiale avec IPP < 25 %
BN	Régime prépondérant : solidarité pour accident médical non fautif
BO	Régime prépondérant : solidarité pour infection nosocomiale avec IPP > 25 %
BP	Partage entre responsabilité et solidarité : nombre avec régime non prépondérant
BQ	Nombre de conclusions, positives ou négatives, sans ou après expertise au fond
BR	Délai (mois) entre la date de dossier complet et la conclusion quelle qu'elle soit
BS	Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture pour consolidation
BT	Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture pour fait nouveau
BU	Nombre de dossiers ayant nécessité une réouverture pour aggravation
BV	Nombre d'expertises en consolidation et en aggravation demandées
BW	Nombre de demandes de conciliation pour indemnisation, initiales ou après conclusion négative
BX	Nombre de demandes de conciliation pour un autre litige que l'indemnisation
BY	Nombre de demandes transmises à un autre organisme
BZ	Nombre de demandes traitées par l'ensemble de la commission
CA	Nombre de demandes traitées par un ou plusieurs membres de la commission
CB	Nombre de recours à des médiateurs extérieurs
CC	Nombre de procédures closes par une non-conciliation
CD	Nombre de procédures closes par une conciliation partielle
CE	Nombre de procédures closes par une conciliation totale

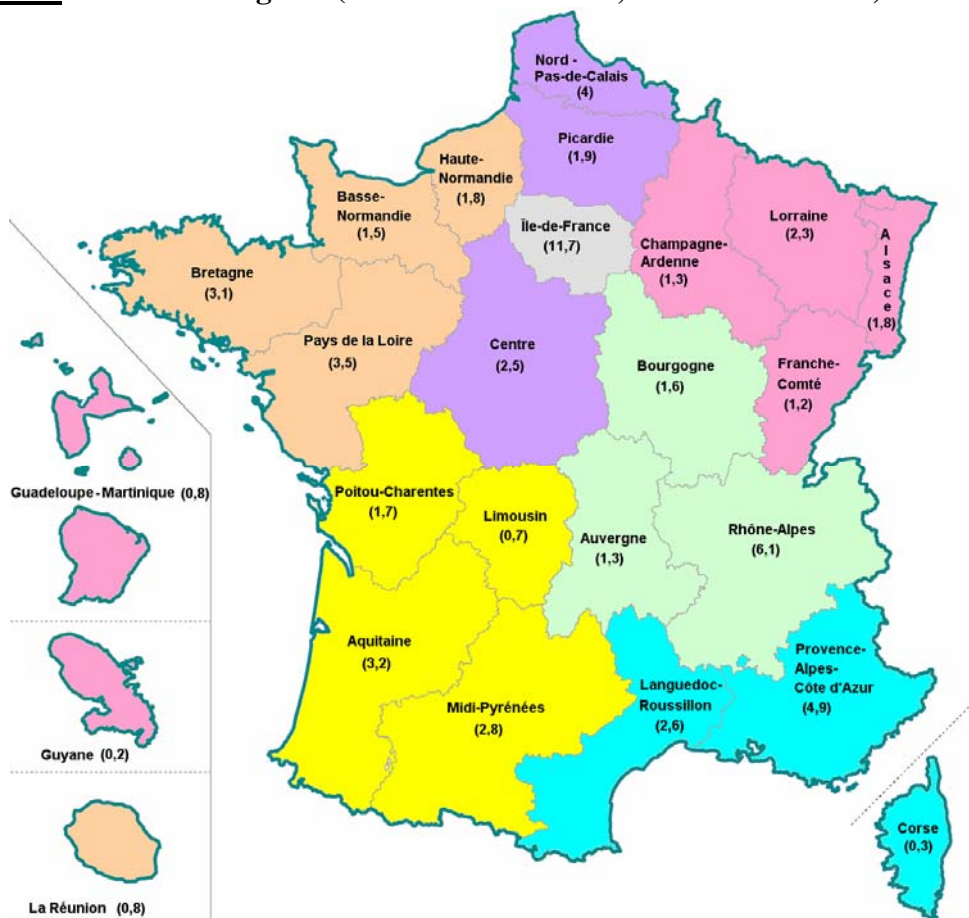
Annexe n° 3 : Données quantitatives regroupées par pôles interrégionaux

Année : 2009 2008 2007 2006 2005 2004

Pôle	B-Ouest	Bagnolet	B-Nord	Bordeaux	Lyon	L-Sud	Nancy	Total ou moyenne					
1.3 Réunions (n)	21	33	20	33	28	30	26	191	206	188	202	192	140
2.1.1.1 Dossiers reçus indemnisation	442	681	370	465	553	558	335	3404	3534	2988	2661	3041	3241
2.1.1.2 conciliation	1	6	1	3				11	45	24	19	57	12
2.1.3 délai (j) complet	39	40	32	53	8	38	25	36	44	47	37	67	
2.1.4 double saisine	8	22	26	35	22	37	49	199	183	107	105	171	147
2.2.1 expertise préalable	65	1	38	1				105	87	55	87	94	
2.2.2 Conclusion négative sans expertise	206	202	147	156	152	221	129	1213	962	679	803	711	423
2.2.3.1.1 abandon	63	7	26	3	1	5		105					
2.2.3.1.2 désistement	14	3	8	15	5	14	2	61					
2.2.3.2.1 pièces manqu.	1		1	32	11	33	11	89					
2.2.3.2.2 absence d'acte	3		1	2		4	1	11					
2.2.3.2.3 déf qual à agir	1			2		1	1	5					
2.2.3.3.1 date des faits	14	22	17	13	10	19	7	102					
2.2.3.3.2 gravité	88	93	89	85	114	137	100	706					
2.2.3.4 causalité	12	77	4	4	11	8	7	123					
2.2.4 délai (m) ccl nég sans expt	3,2	3,1	2,8	2,9	1,0	1,0	2,7	2,4	2,8	2,7			
2.3.1 Expertises au fond	377	458	310	420	500	553	326	2944	3273	2356	2631	2354	1192
2.3.1.2 % collègue	24%	59%	37%	67%	18%	28%	63%	41%	43%	39%	27%	25%	22%
2.3.2.1 experts	480	748	429	719	592	715	540	4223					
2.3.2.2 % hors liste	15%	10%	7%	2%	6%	40%	6%	13%	18%	10%	13%		
2.3.2.3 sapiteur	17		9	5	19	32	2	84					
2.3.2.5.1 délai moyen (m)	4,8	4,9	3,5	5,3	4,9	4,8	3,7	4,7	4,7	4,6	4,4	3,9	
2.3.2.6 % complément/Nv	2%	4%	3%	5%	8%	8%	19%	7%	5%	8%	10%	7%	
2.3.2.7 % autre dépt	97%	82%	98%	100%	99%	99%	100%	96%					
3.1.1 Conclusion négative après expertise	154	225	163	139	232	240	160	1313	1229	943	984	851	198
3.1.2.1.1 abandon	7	4	2	3		7	2	25					
3.1.2.1.2 désistement	6	2	7	3	1	12	4	35					
3.1.2.2.2 absence d'acte			4					4					
3.1.2.3.1 date des faits			1	1		1	1	4					
3.1.2.3.2 gravité	45	77	52	43	47	103	49	416					
3.1.2.4.1 causalité	29	71	70	80	139	88	100	577					
3.1.2.4.2 ni faute ni aléa	67	71	28	9	45	29	4	253					
3.1.3 délai (m) ccl nég après expt	11,8	12,9	8,2	11,2	8,0	11,6	9,9	10,5	10,0	12,0			

3.2.1	Conclusion positive après expertise	141	201	164	208	185	175	135	1209	1321	1097	1012	655	205
3.2.2.1	décès	29	40	34	34	35	37	30	239	238	226	} 443	339	108
3.2.2.2	IPP	30	53	29	51	36	39	37	275	331	287		230	67
3.2.2.3	ITT	40	73	63	85	99	49	45	454	474	383	365	230	67
3.2.2.4.1	exc: emploi	7	1	4	1	1	1	1	16	12	22	22	17	8
3.2.2.4.2	exc: existence	22	34	24	37	14	48	22	201	257	178	183	69	22
3.2.3	délai (m) ccl pos après expt	13,3	13,0	6,7	10,3	8,9	10,5	9,4	10,3	10,7	10,7	10,8		
3.2.4.1	Indemnisation totale	100	133	97	158	133	137	101	859					
3.2.4.2.1	Indemnisation partielle : état antérieur	6	35	21	36	32	18	23	171					
3.2.4.2.2	perte de chance	26	33	42	2	20	20	10	153					
3.2.4.2.3	les deux			4	12			1	17					
3.2.5.1.1	régime unique accident fautif	60	75	50	37	42	58	42	364					
3.2.5.1.2	/ responsabilité noso < 25%	33	26	21	40	20	33	23	196					
3.2.5.1.3	noso avant 12/02	2			3		2	1	8					
3.2.5.1.4	prod defect	1	1					1	3					
3.2.5.2.1	régime unique / solidarité: aléa	39	70	69	103	100	68	46	495					
3.2.5.2.2	noso > 25%	6	18	8	11	7	10	10	70					
3.2.5.2.3	noso étrang				1	1	1		3					
3.2.5.2.4	Hors champ			1	1				2					
3.2.5.2.5	Recherche						1		1					
3.2.5.3	partage prépondérant		9	5	8	9		8	39					
...5.1.1	responsabilité : accident fautif		9	1	5	5		6	26					
...5.1.2	noso < 25%							1	1					
...5.2.1	solidarité : aléa			1	2	4		1	8					
...5.2.2	noso > 25%				1				1					
3.2.5.3.2	partage non prépondérant		2	10	4	6	2	4	28					
3.3.1	Toutes conclusions, sans ou après expertise	501	628	474	503	569	636	424	3735					
3.3.2	délai (m) toutes conclusions	8,6	9,6	5,8	7,9	6,3	7,3	6,8	7,5	8,0				
3.4.1./ 2	Dossier réouvert / réexpertisé	14	17	23	36	43	37	35	205					
4.1.1	Conciliation	32	23	38	41	32	23	26	215	216	192	259	162	
4.2.1	transmission								0					
4.2.2	commission					32		24	56					
4.2.3	membre				24	0	10	2	36					
4.2.4	extérieur	32	23	38	17	0	13		123					
4.3.1	non-concil	8	9	21	7	17	6	22	90					
4.3.2	partielle		1	2	1			1	5					
4.3.3	totale		3	2	1	5			11					

Annexe n° 4 : Carte des régions (millions d'habitants, source Insee 2009)



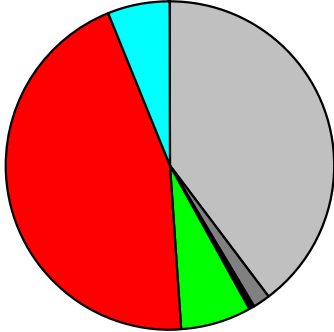
Région	Population (Insee)	Nombre de demandes (n) (par million)	
Alsace	1,836	87	47,4
Aquitaine	3,170	207	65,3
Auvergne	1,341	68	50,7
Basse-Normandie	1,463	68	46,5
Bourgogne	1,631	99	60,7
Bretagne	3,139	153	48,7
Centre	2,538	99	39,0
Champagne-Ardenne	1,334	67	50,2
Corse	0,302	14	46,4
Franche-Comté	1,159	53	45,7
Haute-Normandie	1,815	83	45,7
Île-de-France	11,694	681	58,2
Languedoc-Roussillon	2,594	174	67,1
Limousin	0,735	54	73,5
Lorraine	2,337	128	54,8
Midi-Pyrénées	2,833	121	42,7
Nord - Pas-de-Calais	4,022	192	47,7
Pays de la Loire	3,508	138	39,3
Picardie	1,900	79	41,6
Poitou-Charentes	1,743	83	47,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4,891	370	75,6
Rhône-Alpes	6,121	386	63,1
France métropolitaine	62,106	3404	54,8

Pôles interrégionaux (métropole)

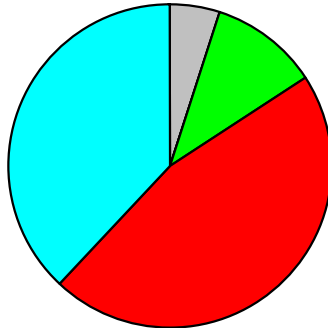
B-Ouest	9,9
Bagnolet	11,7
B-Nord	8,5
Bordeaux	8,5
Lyon	9,1
L-Sud	7,8
Nancy	6,7

Annexe n° 5 : Répartition des motifs des conclusions négatives sans expertise au fond selon les pôles interrégionaux

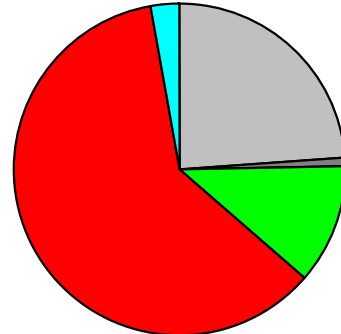
B-Ouest n = 206



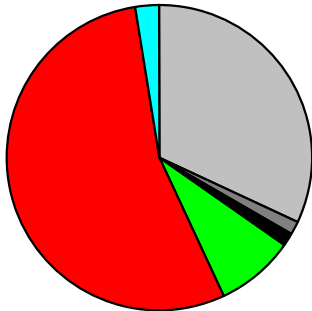
Bagnolet n = 202



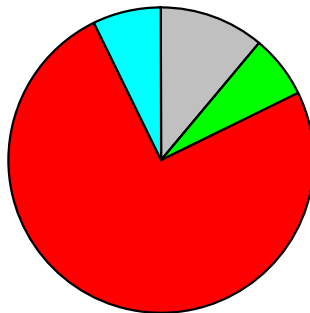
B-Nord n = 147



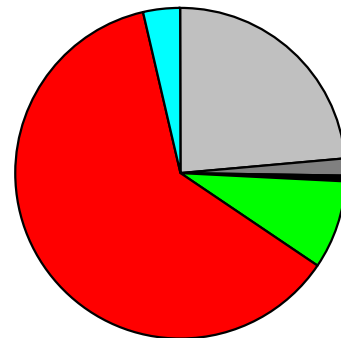
Bordeaux n = 156



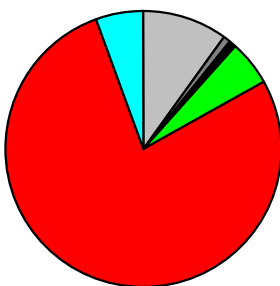
Lyon n = 152



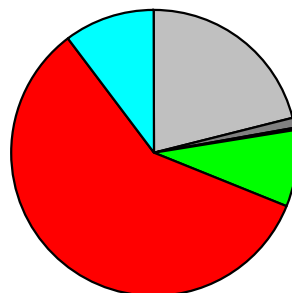
L-Sud n = 221



Nancy n = 129



Total n = 1213



- abandon, désistement, pièces manquantes
- absence d'acte
- défaut de qualité à agir
- date des faits
- gravité insuffisante
- pas de causalité

Le manque d'homogénéité est manifeste

Les abandons, désistements ou rejets pour défauts de pièce varient de 5 % (Bagnolet) à 38 % (B-Ouest)

Le défaut manifeste de causalité ne dépasse généralement pas 7 %, sauf à Bagnolet (38 %)

Une gravité insuffisante varie de 43 % (B-Ouest) à 78% (Nancy)

Annexe n° 6 : Spécialités médicales des experts selon les CRCI

	Alsa	Arde	F-C	Lorr	IdF	Cent N-Pc	Pica	Rhôt	Auve	Bour	Aqui	Midi	Limo	Poit	BN	Bret	PdL	HN	PAC	Lang	Cors	Total métrop.	Guad.-	Mari	Guya	Réur	DOM	Total
Chirurgie orthopédique & traumatologique	22	16	15	32	108	22	51	23	89	14	35	69	28	11	17	13	31	30	18	130	42	3	819	2			2	821
Maladies infectieuses	14	12	15	27	139	12	17	9	11		1	48	11	11	14	17	27	23	15	77	23	2	525	1		2	3	528
Neurochirurgie	6	5	7	16	48	8	15	6	30	4	10	9	8	3	7	6	21	21	10	25	27		292	1		1	2	294
Chirurgie digestive & générale	11	11	6	13	41	15	17	11	34	7	10	26	18	11	15	8	14	12	5	38	13	2	338	8		5	13	351
Médecine légale, réparation du dommage corp.	7	1	4	3		5	16		1	1	7	50	25	11	20	1	2	2	2	14			172		1			172
Anesthésie, réanimation, urgences	11	15	6	18	52	7	27	10	16	3	3	38	27	11	6	2	7	5	2	28	9	1	304	8		1	9	313
Gynécologie - obstétrique	11	4	5	9	47	8	4	6	24	4	7	12	12	5	1	3	11	4	5	28	10	2	222	5	2	3	10	232
Neurologie	7	6	4	10	47	2	10	6	22	1	4	16	11	3	6	6	10	12	5	18	8		214	2		1	3	217
Ophthalmologie	7	1		6	33	2	6	2	13	3	3	6	7	1		4	6	4	4	26	4	1	139	3		4	7	146
Cardiologie et angiologie	8	2	3	15	47	3	11	7	17	6		8	2	4	3	4	6	12	4	4	7		173	1				173
Chirurgie urologique	3	7	3	3	16	4	6	2	10		6	2		1	2	3			4	1	13	5	91	1		1	2	93
Cancérologie, radiothérapie	2	5	10	13	23	4	10	4	14	7	6	6	4	2	4	6	8	3	5	17	12	2	167					167
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	11	3	1	11	19	2	5	2	7		1	15	2	2	2		1	4	1	19	12	1	121					121
Chirurgie ORL, Maxillo-fac., stomato., plastique & esthétique	1	6		6	25	1	4	1	18	1	2	10	6	2		2	6	4	4	14	7	2	122					122
Pédiatrie	7	2	1	2	18	2	1	1	4	1		6	3	3	1			1	2	9	3		67	1		1	2	69
Médecine générale et interne	1	1		4	64	2	6	1	2	1		6	6	3	4	3	3	7	1	9	6		130			4	4	134
Psychiatrie	2	1		2	4		4	3	3					1	2				2	1	3	4	32					32
Hépatogastro-entérologie	1		1			1	3			1	1	1	4	1	3					5			22			1	1	23
Rhumatologie	1	1		2		2		1	2			3							1		1		14		1			14
Pneumologie				2		5		2	5											3	1		18					18
Disciplines biologiques	6				3		1					3	4										17	1				17
Pharmaco. & toxicologie	2		1	3	6	1	1	1	1										2	2	5	5	30					30
Immunologie, hématologie	1		1	2					2	1		1			3						2		13					13
Radiologie			2	1								1								1			5					5
Gériatrie			1						1	1											1		5					5
Chirurgie infantile			1		1							3							1		1		7	2				7
Neuroradiologie		1		1	6									1						2			11					11
Rééducation fonctionnelle				3	1															1	1		6					6
Odontologie						1			2			1		1							1		6					6
Néphrologie			3	1						1				1						1			7					7
Dermatologie									1			1											2					2
Endocrinologie	1	1																		3			5					5
Diagnostic prénatal et médecine foetale																							0					0
Anatomo-cytopathologie			1																				1					1
Infirmière																				1			1					1
Autres						4	3									1		1					9					9
Total	143	102	90	205	748	109	219	101	326	58	98	338	181	90	110	79	153	155	87	494	205	16	4107	36	4	24	64	4171

64

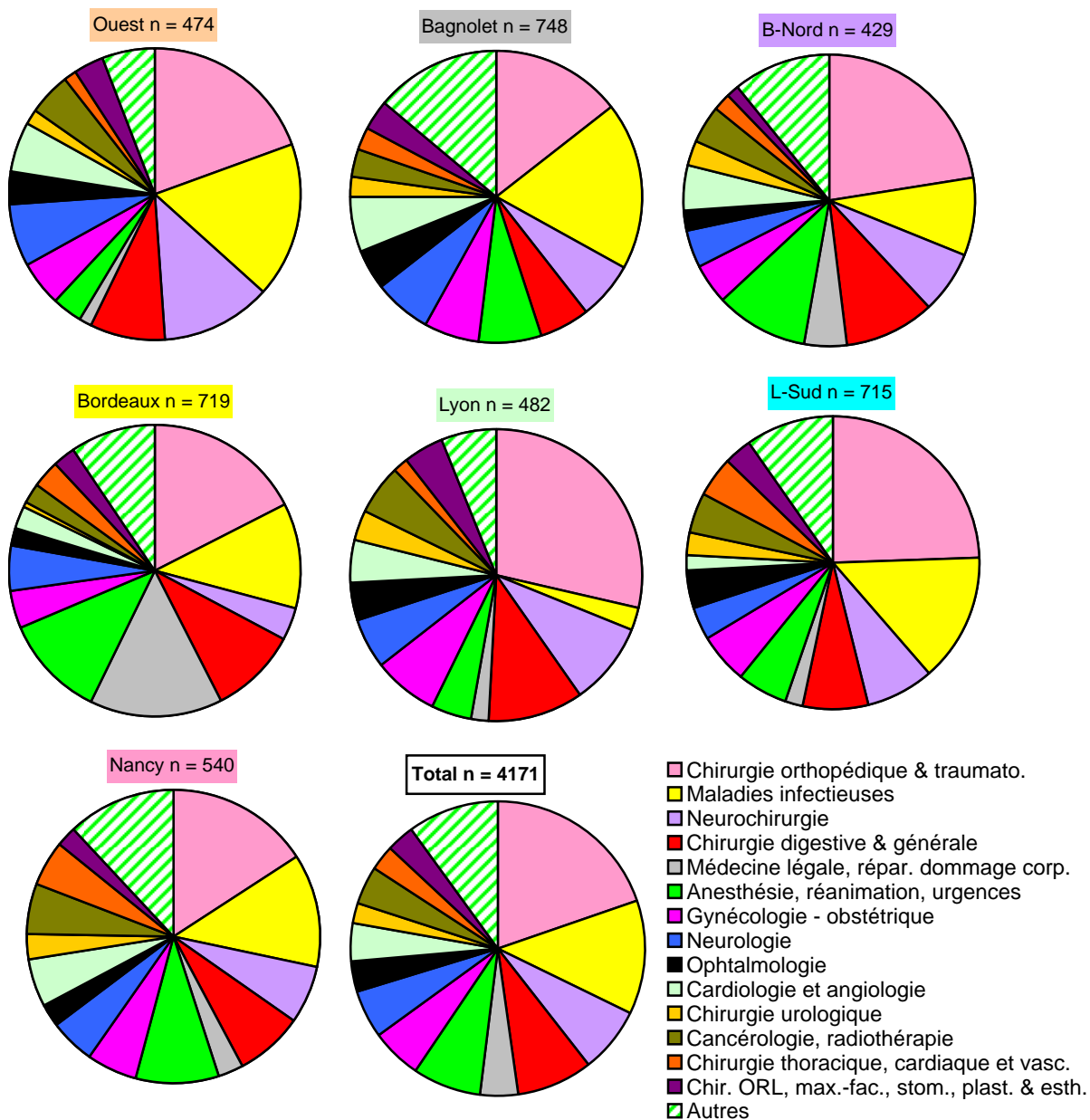
Annexe n° 6bis : Spécialités médicales des sapiteurs selon les CRCI

	Alsa	Arde	F-C	Lorra	IdF	Cent N-Pc Pica	Rhôn	Auve	Bour	Aqui	Midi	Limo	Poitv	BN	Bret	PdL	HN	PAC	Lang	Cors	Total métrop.	Guya	Ré	DOM	Total
Maladies infectieuses																		14			14				14
Radiologie										1					2		1		3		7				7
Neurologie						1								1	1			1	1		5				5
Ophtalmologie		1														1			1	1	4				4
Gynécologie, obstétrique										1				1	1						3				3
Chirurgie urologique																	1	1			3				3
Pédiatrie														1				1	1		3				3
Chirurgie orthopédique et traumatologique															1				1		2				2
Anesthésie, réanimation, urgences										1						1					2				2
Neurochirurgie	1																	1			2				2
Hépatogastro-entérologie											1							1			2				2
Psychiatrie											1						1				2				2
Chirurgie générale et digestive																1					1				1
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire																	1				1				1
Cancérologie et radiothérapie																		1			1				1
Dentiste																			1		1				1
Immunologie, Hématologie																			1		1				1
Infirmière								1													1				1
Anatomo-cytopathologie																			1		1				1
Pharmaco. & toxicologie																1					1				1
Non renseigné															3						3				3
TOTAL	1	1				1	1			3	2			3	8	4	4	21	10	1	60			0	60

Annexe n° 7 : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux (nombres)

Discipline médicale	Nancy	IdF	Nord	Lyon	Bordea	Ouest	Sud	DOM	Total
Chirurgie orthopédique & traumatologique	85	108	96	138	125	92	175	2	821
Maladies infectieuses	68	139	38	12	84	82	102	3	528
Neurochirurgie	34	48	29	44	27	58	52	2	294
Chirurgie digestive & générale	41	41	43	51	70	39	53	13	351
Médecine légale, réparation du dommage corp.	15	0	21	9	106	7	14	1	173
Anesthésie, réanimation, urgences	50	52	44	22	82	16	38	9	313
Gynécologie - obstétrique	29	47	18	35	30	23	40	10	232
Neurologie	27	47	18	27	36	33	26	3	217
Ophthalmologie	14	33	10	19	14	18	31	7	146
Cardiologie et angiologie	28	47	21	23	17	26	11	1	174
Chirurgie urologique	16	16	12	16	5	8	18	2	93
Cancérologie, radiothérapie	30	23	18	27	16	22	31		167
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire	26	19	9	8	21	6	32		121
Chirurgie ORL, Maxillo-fac., stomato., plastique & Pédiatrie	13	25	6	21	18	16	23		122
Médecine générale et interne	12	18	4	5	13	3	12	2	69
Psychiatrie	6	64	9	3	19	14	15	4	134
Hépatogastro-entérologie	5	4	7	3	3	3	7		32
Rhumatologie	2		4	2	9		5	1	23
Pneumologie	4		3	2	3	1	1	1	15
Disciplines biologiques	2		7	5			4		18
Pharmaco. & toxicologie	6	3	1					1	11
Immunologie, hématologie	6	6	3	1		4	10		30
Radiologie	4			3	4		2		13
Gériatrie	3				1		1		5
Chirurgie infantile	1			2	1		1		5
Neuroradiologie	1	1			3	1	1	2	9
Rééducation fonctionnelle	2	6			1		2		11
Odontologie	3	1					2		6
Néphrologie			1	2	2		1		6
Dermatologie	4			1	1		1		7
Endocrinologie				1	1				2
Anatomo-cytopathologie	2						3		5
Infirmière	1						1		1
Autres			7			2			9
Total	540	748	429	482	712	474	715	64	4164

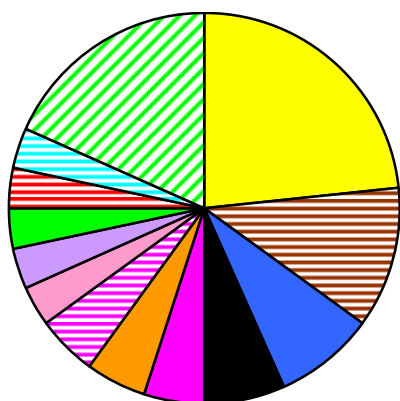
Annexe n° 7bis : Spécialités médicales des experts selon les pôles interrégionaux



L'homogénéité est assez remarquable, les facteurs d'hétérogénéité des années précédentes ayant tendance à se réduire.

Annexe n° 7ter : Spécialités médicales des sapiteurs selon les pôles interrégionaux (nombres)

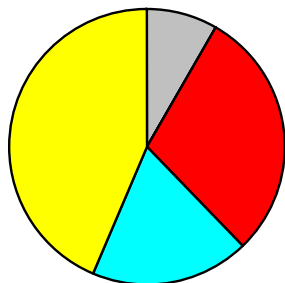
Discipline médicale	Nancy	IdF	Nord	Lyon	Bordea	Ouest	Sud	DOM	Total
Maladies infectieuses							14		14
Radiologie					1	3	3		7
Neurologie			1			2	2		5
Ophtalmologie	1					1	2		4
Gynécologie, obstétrique					1	2			3
Chirurgie urologique						1	2		3
Pédiatrie						1	2		3
Chirurgie orthopédique et traumatologique						1	1		2
Anesthésie, réanimation, urgences					1	1			2
Neurochirurgie	1						1		2
Hépto-gastro-entérologie					1		1		2
Psychiatrie					1	1			2
Chirurgie générale et digestive						1			1
Chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire						1			1
Cancérologie et radiothérapie							1		1
Dentiste							1		1
Immunologie, Hématologie							1		1
Infirmière				1					1
Anatomo-cytopathologie							1		1
Pharmaco. & toxicologie						1			1
Non renseigné						3			3
TOTAL	2		1	1	5	19	32		60



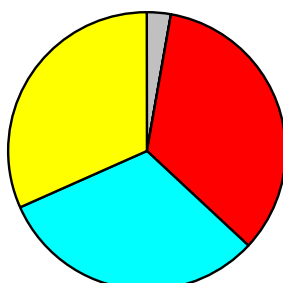
- Maladies infectieuses
- Radiologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- Obstétrique
- Urologie
- Pédiatrie
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Neurochirurgie
- Anesthésie-réanimation :
- Hépto-gastro-entérologie
- Psychiatrie
- Autres

Annexe n° 8 : Répartition selon les pôles des motifs de conclusion négative après expertise

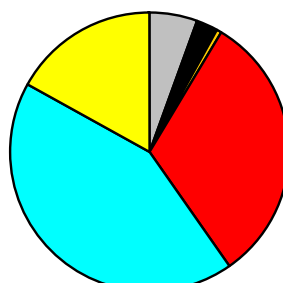
B-Ouest n = 154



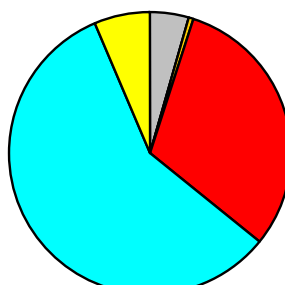
Bagnolet n = 225



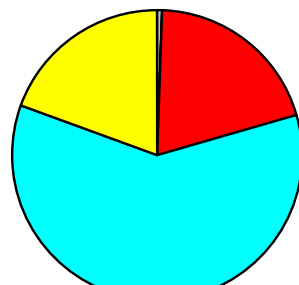
B-Nord n = 164



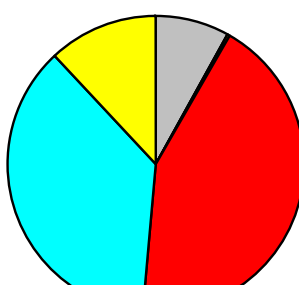
Bordeaux n = 139



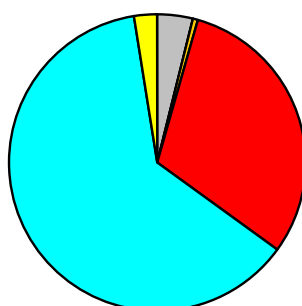
Lyon n = 232



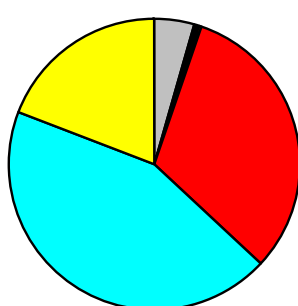
L-Sud n = 240



Nancy n = 160



Total n = 1314



□ abandon/ désistement

■ absence d'acte

■ date des faits

■ gravité insuffisante

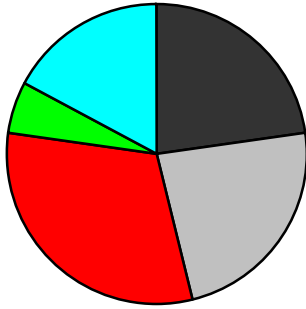
■ pas de causalité

■ ni faute ni aléa

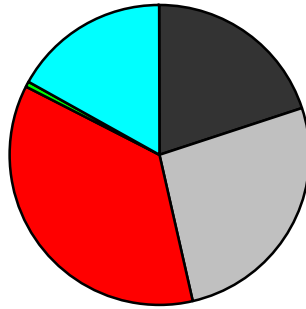
Pôle	Total	abandon/ désistement	absence d'acte	date des faits	gravité insuffisante	pas de causalité	ni faute ni aléa
B-Ouest n = 154		13	0	0	45	29	67
Bagnolet n = 225		6	0	0	77	71	71
B-Nord n = 164		9	4	1	52	70	28
Bordeaux n = 139		6	0	1	43	80	9
Lyon n = 232		1	0	0	47	139	45
L-Sud n = 240		19	0	1	103	88	29
Nancy n = 160		6	0	1	49	100	4
Total n = 1314		60	4	4	416	577	253
% : 100%		5%	0,3%	0,3%	32%	44%	19%

Annexe n° 9 : Critères de gravité retenus dans les avis positifs selon les pôles interrégionaux

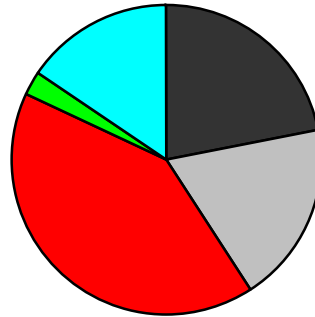
B-Ouest n = 141



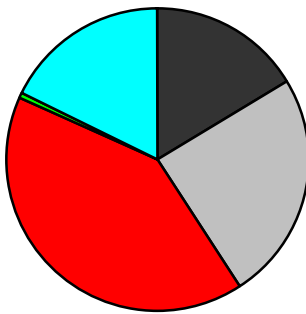
Bagnolet n = 201



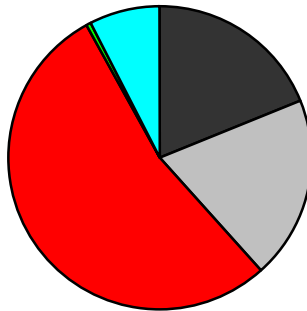
B-Nord n = 164



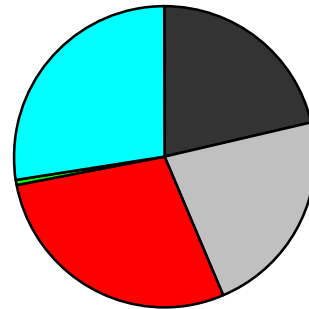
Bordeaux n = 208



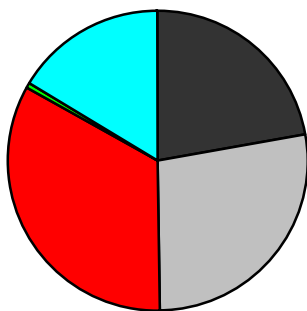
Lyon n = 185



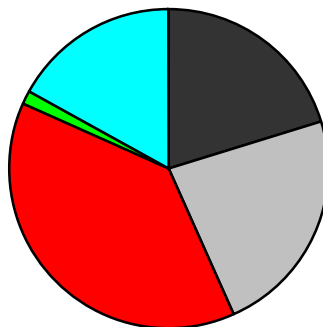
L-Sud n = 175



Nancy n = 135



Total n = 1209



- Décès
- IPP
- ITT
- Tr. except.: emploi
- Tr. except.: existence

Annexe n° 10 : Analyse de la répartition des demandes d'indemnisation amiable

Il est évident que le nombre de demandes reçues par les CRCI est fortement corrélé au nombre d'habitants dans la région (figure A).

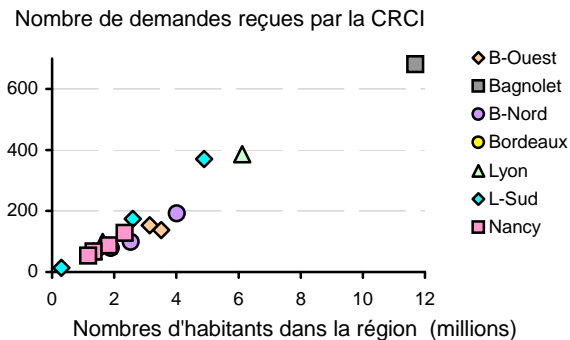


Figure A. Nombre de demandes de conciliation amiable reçues par les CRCI sur la période 2008-2009, en fonction du nombre d'habitants de la région (données Insee 2009).

C'est pourquoi, pour aborder la variabilité interrégionale en fonction de la population, le nombre de ces demandes a été rapporté au nombre d'habitants, sous la forme d'un taux de demandes par million d'habitants (figure B à gauche). Afin de réduire le rôle du hasard, cette analyse a été renouvelée avec la moyenne annuelle des cinq dernières années (figure B à droite).

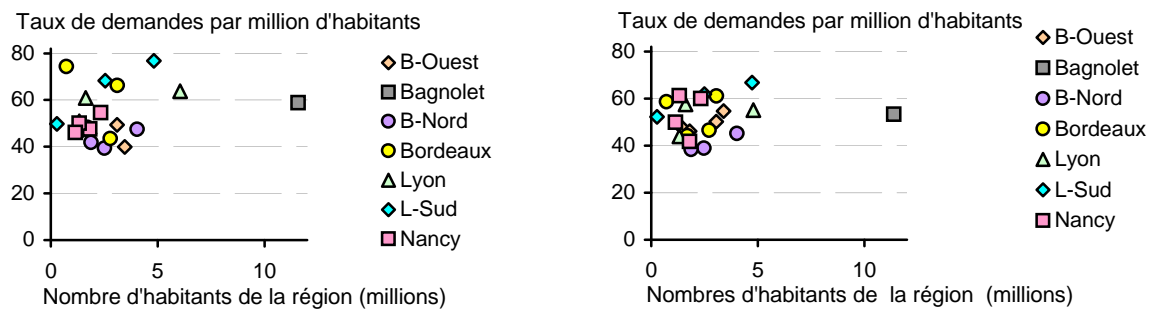


Figure B. Taux de demandes de conciliation amiable reçues par les CRCI par million d'habitants, en fonction du nombre d'habitants de la région.

A gauche : période 2008-2009 (3 404 demandes)

A droite : moyenne de cinq années (de 2004-2005 à 2008-2009, soit 15 827 demandes)

(Données Insee 2004 à 2009)

En procédant ainsi, il apparaît que ces taux varient faiblement, l'écart à la moyenne dépassant rarement 20 %, et sans lien avec le nombre d'habitants de la région. Cette variation est en tout cas nettement inférieure à celle des autres indicateurs étudiés dans le présent rapport. En d'autres termes, l'indicateur de la demande des personnes qui s'estiment victimes d'un accident médical varie moins que ceux du fonctionnement des CRCI.

Ceci est encore plus net lorsqu'on considère la moyenne des cinq dernières années. L'analyse de plus grands nombres réduisant la variabilité statistique, le reste des analyses a porté sur cette plus longue période. Dans le même souci de réduction de causes évidentes de variabilité, seule la France métropolitaine a été considérée, le taux de demandes étant plus de deux fois inférieur au niveau des départements d'outre-mer (figure C).

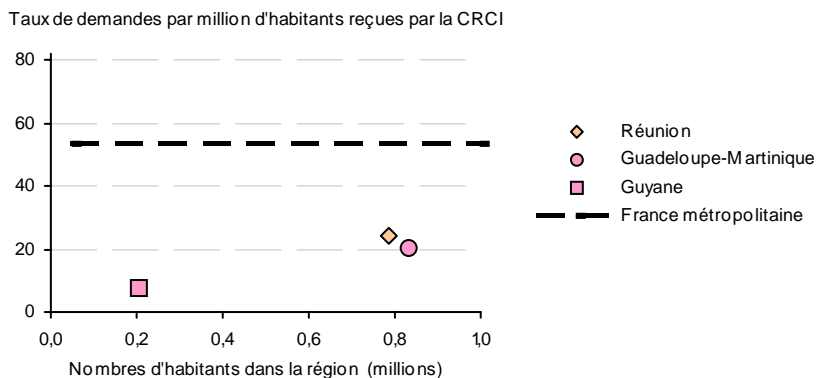


Figure C. Taux de demandes par million d'habitants dans les DOM, en fonction du nombre d'habitants de la région, sur les trois dernières années, soit 112 demandes. (La moyenne de la France métropolitaine est figurée par une ligne discontinue)

Les taux de demandes ainsi obtenus ont été reportés sur une carte du territoire métropolitain (figure D à gauche), rapprochée de celle des taux d'urbanisation (figure D à droite).

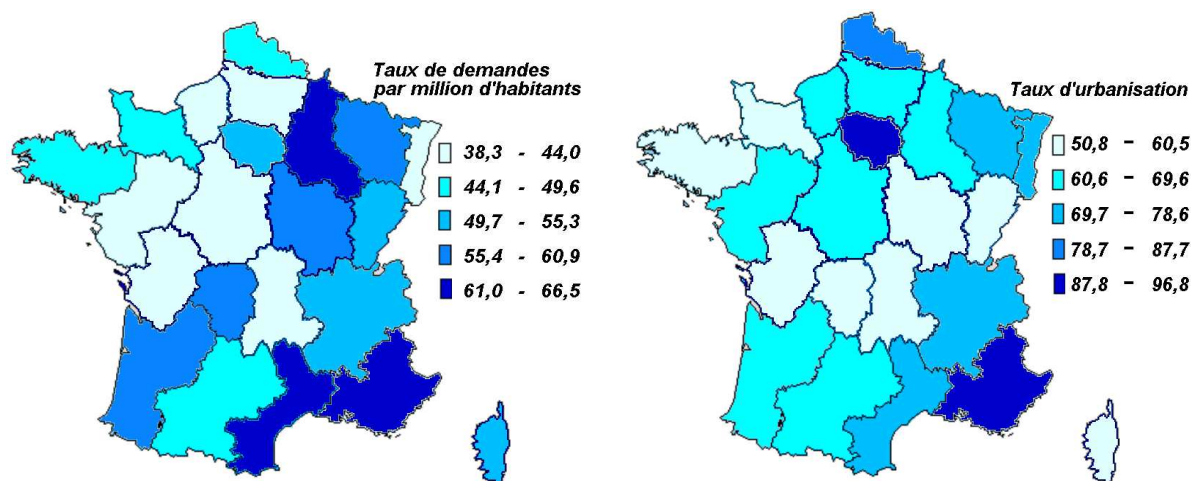


Figure D. A gauche : Carte des taux de demandes reçues par les CRCI par million d'habitants (moyenne des cinq dernières années)

A droite : Carte des taux d'urbanisation (Données consultées le 19/08/2009 à l'adresse http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP707.pdf et <http://palf.free.fr/geographie/france/regions.htm>)

L'existence d'une régularité géographique des taux de demandes n'est pas évidente. Tout au plus peut-on noter que ces taux apparaissent souvent plus élevés dans la moitié Est du territoire que dans sa moitié Ouest, et au Sud qu'au Nord, conduisant à comparer les données d'une moitié Sud-Est à celles d'une moitié Nord-Ouest limitée au sud par les régions Picardie, Ile-de-France, Centre et Poitou-Charentes (Tableau).

Tableau. Comparaison des taux de demandes d'indemnisation des moitiés Nord-Ouest et Sud-Est du territoire (moyenne des cinq dernières années)

	moitié Nord-Ouest	moitié Sud-Est	France métropolitaine
Nombre d'habitants (millions)	31,2	29,5	60,7
Nombre de demandes d'indemnisation	1451	1674	3125
Taux de demandes de l'ensemble	46,5	56,6	51,5
Moyenne des taux régionaux \pm écart-type	43,7 \pm 4,6	54,9 \pm 7,7	50,3 \pm 8,6

La comparaison avec les taux d'urbanisation ne fait apparaître aucune ressemblance entre les deux cartes. Des régions fortement urbanisées, comme l'Ile-de-France, Rhône-Alpes ou Nord – Pas-de-Calais, se situent à proximité de la moyenne des taux de demandes pour les deux premières, au-dessous d'elle pour la troisième ; les régions Corse, Limousin et Franche-Comté, relativement peu urbanisées, se situent au niveau de la moyenne des taux de demandes pour la première et au-dessus pour les suivantes.

Si les données, qui portent maintenant sur plus de 15 000 demandes, apparaissent suffisamment nombreuses pour pouvoir être prises en considération, et ce d'autant plus qu'elles sont assez reproductibles d'une année sur l'autre, leur interprétation est des plus délicates. En effet, la population résidant dans une région n'est qu'un indicateur grossier pour servir de dénominateur aux taux de demandes d'indemnisation. Une proportion non négligeable de la population de certaines régions se déplace vers les établissements de soins de régions adjacentes ou plus lointaines. C'est ce qu'objective le « taux de fuites » fourni par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (figure E). Cette carte (où l'ordre des couleurs a été inversé), présente une certaine ressemblance, attendue, avec celle du taux d'urbanisation (figure D à droite), mais diffère nettement de celle des taux de demandes (figure D à gauche), en particulier pour le Nord, le Nord-Est et l'Ile de France.

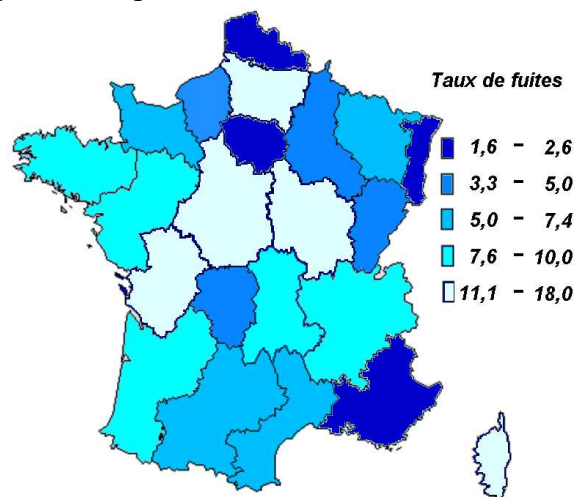


Figure E. Cartes des taux de fuites d'une région (nombre de patients originaires de la région et hospitalisés dans une autre région, divisé par le nombre total de patients originaire de la région) (Données 2007 du PMSI consultées à l'adresse <http://stats.atih.sante.fr/> le 09/08/09)

Il serait donc plus satisfaisant d'utiliser, comme dénominateur de tels taux, un indicateur du nombre d'actes médicaux réalisés, ce qui est toutefois beaucoup plus complexe. Une telle approche a été tentée en rapportant le nombre de demandes d'indemnisations reçues par les CRCI au nombre de séjours dans les établissements de soins de leur région (figure F). La carte qui résulte de l'utilisation du nombre total des séjours, tous motifs confondus (figure F, à gauche), diffère grandement de la celle des taux de demandes (figure D à gauche), et les inégalités entre régions ne s'en trouvent pas réduites, bien au contraire. Il est vraisemblable que ce nombre total de séjours n'est pas un indicateur fiable de l'activité médicale. L'utilisation d'autres indicateurs, tels ceux des « groupes homogènes de malades » (GHM) concernant des interventions de chirurgie orthopédique portant sur la hanche, le genou et le rachis, apparaît a priori comme un bon exemple. Ce type d'interventions est en effet un motif fréquent de demandes d'indemnisation. Le résultat obtenu diffère encore notablement des précédents (figure F, à droite), sans amélioration de l'homogénéité. Cette fois, c'est l'imprécision du numérateur (les demandes d'indemnisation) qui peut être incriminée. Il

conviendrait en effet d'isoler les demandes motivées par ce type de chirurgie, ce qui est impossible, aucune quantification précise n'étant actuellement disponible sur la nature des actes mis en cause dans les demandes d'indemnisation.

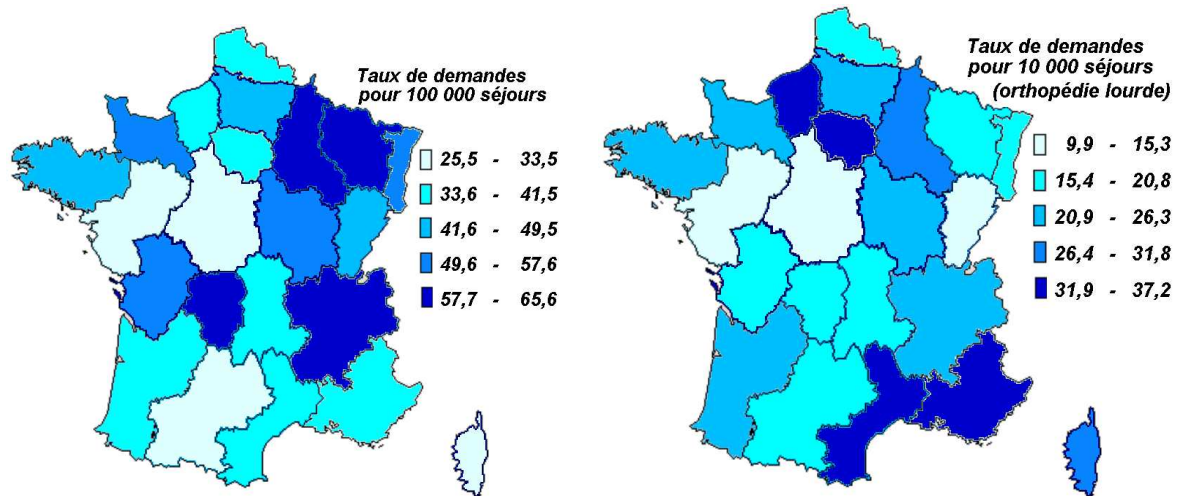


Figure F. Cartes des taux de demandes d'indemnisation rapportées au nombre de séjours.

A gauche : Ensemble des séjours

A droite : Séjours motivés par la chirurgie de la hanche, du genou ou du rachis (GHM : 08C22Z, 08C23V, 08C23W, 08C24Z, 08C25Z, 08C26Z, 08C27V et 08C27W)

(Données 2007 du PMSI consultées à l'adresse <http://stats.atih.sante.fr/> le 09/08/09)

Il n'apparaît donc pas possible d'utiliser un indicateur qui serait meilleur que le taux de demandes par million d'habitants, en tenant compte dans son interprétation de ce qui est connu des taux de fuites. Cette situation est regrettable, car la diminution du nombre de demandes d'indemnisations et, plus encore, de celui des demandes aboutissant à une proposition d'indemnisation, pose plus d'une question :

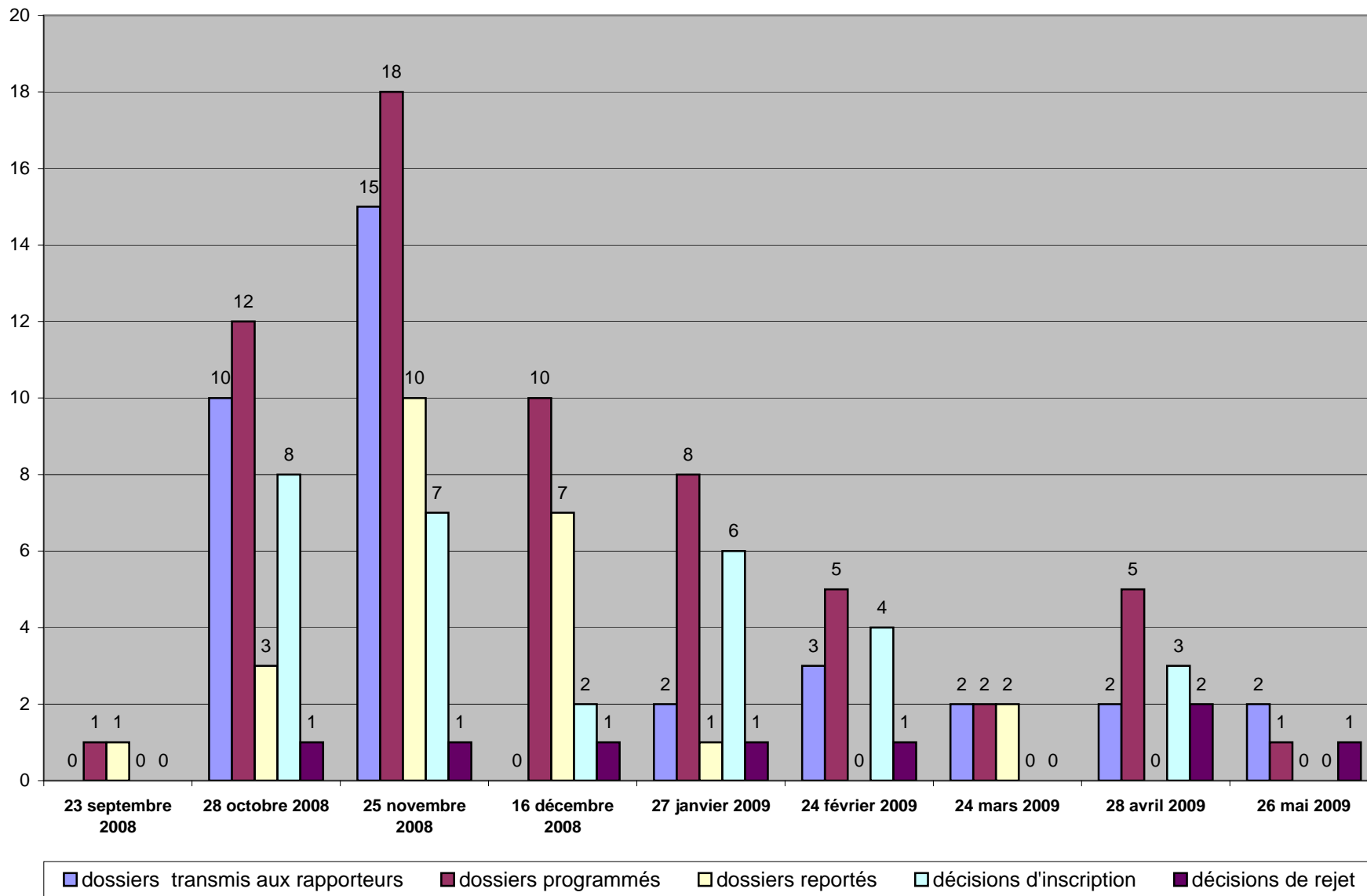
- Y aurait-il moins d'accidents médicaux graves ?
- Dans ce cas, serait-ce en rapport avec une diminution du nombre de certains actes ou, à activité constante, d'une moins grande fréquence des complications susceptibles d'être indemnisées ?
- Si ce n'est pas le cas, les personnes qui s'estiment victimes d'un tel accident engagent-elles moins de procédure de règlement amiable parce qu'elles se tournent plutôt vers d'autres procédures, notamment dans les cas les plus graves, ou parce qu'elles sont plus nombreuses à renoncer à toute demande, le système d'indemnisation amiable mis en place ayant acquis avec le temps une réputation moins favorable ?

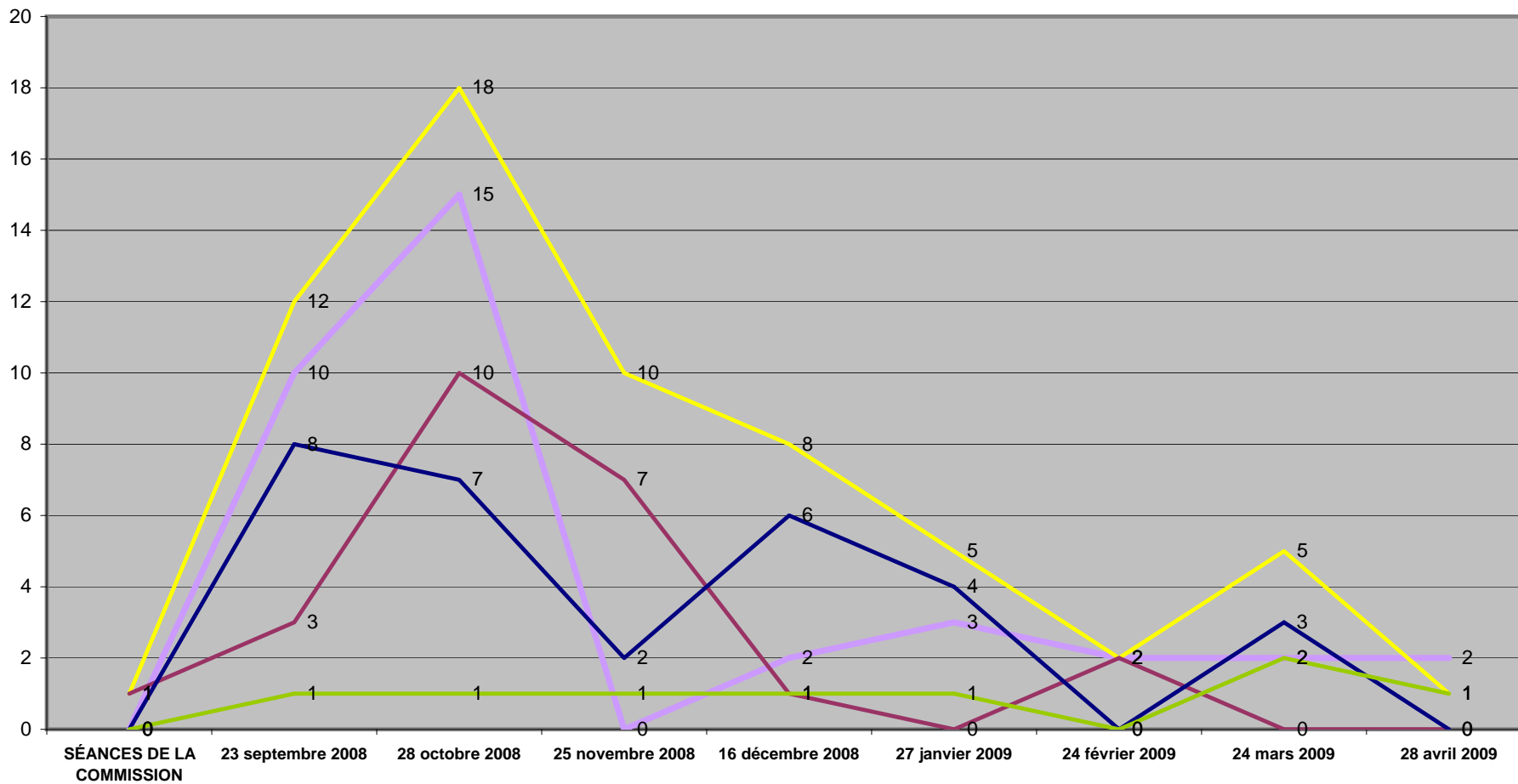
En conclusion, le taux de demandes d'indemnisation par million d'habitants, de l'ordre d'une cinquantaine, est relativement constant d'une région à l'autre comme d'une année sur l'autre, et sans lien avec le taux d'urbanisation. Il existe cependant des écarts à la moyenne, généralement du même ordre de grandeur d'une année sur l'autre pour une même région, cependant que la tendance générale au tassement du nombre des demandes s'observe dans pratiquement toutes les régions.

Il apparaît utile que des recherches soient encouragées dans ce domaine, car les données disponibles ne permettent guère de dépasser ce constat.

Annexe n° 11 : Suivi des dossiers de candidature à l'inscription
sur la liste nationale des exerts en Accidents Médicaux

SÉANCES DE LA COMMISSION	dossiers transmis aux rapporteurs	dossiers programmés	dossiers reportés	décisions d'inscription	décisions de rejet
23 septembre 2008	0	1	1	0	0
28 octobre 2008	10	12	3	8	1
25 novembre 2008	15	18	10	7	1
16 décembre 2008	0	10	7	2	1
27 janvier 2009	2	8	1	6	1
24 février 2009	3	5	0	4	1
24 mars 2009	2	2	2	0	0
28 avril 2009	2	5	0	3	2
26 mai 2009	2	1	0	0	1





Annexe n° 12 : Liste des domaines de compétence des experts en accidents médicaux

(actualisée au 03/03/2009)

Anesthésie

Anesthésie-réanimation

Anesthésie-réanimation, mention particulière : anesthésie loco-régionale

Anesthésie-réanimation, mention particulière : réanimation des grands brûlés

Angéiologie

Biologie médicale

Cardiologie et maladies vasculaires

Chirurgie cardio-vasculaire

Chirurgie cervico-faciale

Chirurgie dentaire

Chirurgie digestive

Chirurgie générale, mention particulière : cancérologie digestive

Chirurgie générale, mention particulière : chirurgie gynécologique

Chirurgie gynécologique, mention particulière : cancérologie

Chirurgie maxillo-faciale

Chirurgie ophtalmologique

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie orthopédique et traumatologique de l'adulte

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie de l'adulte et de la personne âgée

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie pédiatrique

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie de la main

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie de la main et du pied

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie des nerfs périphériques (1)

Chirurgie orthopédique et traumatologique, mention particulière : chirurgie du rachis

Chirurgie orthopédique infantile

Chirurgie pédiatrique, mention particulière : chirurgie viscérale

Chirurgie thoracique

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Chirurgie urologique de l'adulte

Chirurgie vasculaire

Chirurgie viscérale

Chirurgie viscérale, mention particulière : cancérologie

Chirurgie viscérale, mention particulière : oncologie digestive

Chirurgie viscérale, mention particulière : oncologie du sein

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie laparoscopique

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive et chirurgie endocrinienne

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie digestive et endocrinienne

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie endocrinienne

Chirurgie viscérale, mention particulière : chirurgie hépatobiliaire

Chirurgie viscérale et laparoscopique

Dermatologie

Dermato-vénéréologie, mention particulière : médecine esthétique

Gastro-entérologie et hépatologie

Gériatrie

Gynécologie médicale et obstétrique

Gynécologie-obstétrique

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : diagnostic prénatal

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine fœtale

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale et diagnostic prénatal

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine materno-fœtale, diagnostic prénatal et assistance à la procréation

Gynécologie-obstétrique, mention particulière : médecine de la reproduction

Hématologie clinique, mention particulière : oncologie

Hémobiologie transfusionnelle

Hépatogastro-entérologie

Hygiène hospitalière

Infectiologie biologique

Infectiologie biologique et hygiène

Infectiologie clinique

Infectiologie clinique et hygiène

Ingénierie biomédicale

Maladies infectieuses, parasitaires et tropicales (option clinique)

Masso-kinésithérapie

Médecine d'urgence

Médecine générale

Médecine générale, mention particulière : gériatrie

Médecine interne

Médecine interne, mention particulière : pneumologie et allergologie

Médecine physique et réadaptation fonctionnelle

Neurochirurgie

Neurochirurgie, mention particulière : chirurgie du rachis

Neurochirurgie, mention particulière : chirurgie rachidienne

Neurochirurgie, mention particulière : neuro-oncologie

Neurologie

Neuroradiologie

Neuroradiologie, mention particulière : radiologie interventionnelle

Ophtalmologie

Ophtalmologie, mention particulière : ophtalmologie médicale

Oto-rhino-laryngologie

Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale

Pédiatrie

Pédiatrie, mention particulière : réanimation néonatale et pédiatrique

Pédiatrie, mention particulière : réanimation pédiatrique

Pharmacologie clinique

Pneumologie

Psychiatrie

Psychiatrie, mention particulière : psychiatrie d'urgence et de catastrophe

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Radiologie

Radiologie et imagerie médicale, mention particulière : neuroradiologie diagnostique et interventionnelle

Radiologie et imagerie médicale, mention particulière : radiologie interventionnelle

Réanimation médicale

Réanimation médicale, mention particulière : pathologie infectieuse

Réparation du dommage corporel

Rhumatologie

Rhumatologie, mention particulière : iatrogénèse

Soins infirmiers

Stomatologie

Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

Urologie

Urologie, mention particulière : adultes