

L'évolution de la responsabilité hospitalière à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

08/03/1999

*
**L'ÉVOLUTION DE LA RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE
À L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS**
*

Parce qu'il décrit les dysfonctionnements de l'hôpital dans ses activités de soins, l'examen des conditions de mise en cause de la responsabilité du service public par les tribunaux à la demande des patients, constitue un indicateur "en creux" de la qualité de ce service.

L'analyse des réclamations fondées sur un dommage corporel apparaît donc comme l'un des points de départ d'une démarche tendant à l'amélioration de cette qualité.

Qu'il s'agisse de réclamations civiles ayant pour objet l'indemnisation d'un préjudice, ou de plaintes pénales visant à sanctionner un coupable, la direction des affaires juridiques a été saisie de 450 dossiers en 1997 contre 180 en 1988.

Malgré leur croissance forte, ces chiffres demeurent extrêmement faibles, rapportés au nombre de patients pris en charge par l'Institution (4,5 millions de consultations et 934 000 hospitalisations en 1997), et a fortiori au volume d'actes effectués. Leur analyse permet cependant de constater au cours des dernières années, une évolution dans les modes d'action des patients, dans les fondements de la responsabilité hospitalière et dans le coût financier de celle-ci.

I - Evolution du mode des actions

A travers l'augmentation globale du nombre des actions tendant à la réparation du préjudice corporel, il convient de remarquer **un intérêt croissant des victimes pour l'action pénale**, longtemps réservée aux dommages mettant en évidence des fautes personnelles incontestables (38 plaintes pénales en 1997 contre 32 en 1993).

Cet accroissement, qui n'est pas propre au domaine médical, est paradoxal dans la mesure où les actions pénales se soldent unanimement par un échec (aucune condamnation de personnel médical ou soignant à ce jour). Il traduit en réalité la volonté des victimes d'accéder, grâce au juge pénal, à une information dont elles ont le sentiment d'avoir été privées par l'institution.

La prévention des actions pénales passe donc par la mise en place de procédures d'écoute et d'information des patients ou de leur famille.

Parallèlement à cette émergence, significative bien que marginale, les principales évolutions résident d'une part, dans **l'augmentation exponentielle des réclamations civiles** et d'autre part, dans la **"juridictionnalisation" des litiges**.

Jusqu'en 1993, en effet, le nombre des réclamations tendant à mettre en jeu la responsabilité de l'hôpital est resté relativement stable, environ 180 par an. Ce chiffre a fortement évolué pour se situer autour de 400 en 1996 et 432 en 1997.

Plusieurs raisons sont susceptibles de justifier cette évolution :

- d'une part, l'assouplissement des règles ouvrant la responsabilité de

l'hôpital : abandon de la faute lourde, responsabilité sans faute, présomption de faute ou présomption du lien de causalité ;

- d'autre part, la forte médiatisation de ces évolutions jurisprudentielles accréditant dans l'opinion publique l'idée qu'une obligation de résultat incombe à l'hôpital, et suscitant une recherche systématique d'indemnisation ;

- enfin peut-être, une évolution des mentalités qui a fait passer la maladie et la mort, du statut de fatalités acceptées, à celui de scandales insupportables.

Ces éléments expliquent également le recul du règlement amiable des réclamations (50 % jusqu'en 1992, à peine 25 % aujourd'hui), qui reposait à la fois sur une stabilité des règles gouvernant la mise en cause de la responsabilité et la fixation des indemnités réparatrices, et sur la confiance des victimes dans les propositions qui leur étaient faites.

2 - Evolution des fondements de la responsabilité à l'AP - HP

L'observation des causes de mise en jeu de la responsabilité hospitalière sur deux périodes (92-94) et (94-96) met en évidence les tendances suivantes :

- en premier lieu, la prédominance de la faute dans l'organisation du service sur la faute médicale, avec deux constats :

* parmi les fautes dans l'organisation du service, celles principalement retenues résident dans **le défaut d'information** et **les infections nosocomiales** : 30 affaires donnant lieu à condamnation pour chacune de ces fautes sur la période 1992-1994 contre 80 sur la période 1994-1996 ;

* parmi les fautes médicales, **l'erreur de diagnostic** et **les actes d'intervention à risque** sont les plus générateurs de responsabilité ; cette dernière tendance est confirmée par la progression de la médecine et la diminution proportionnelle de la chirurgie dans les disciplines engendrant la responsabilité de l'hôpital : 9 % et 59 % sur la période 1992 - 1994 contre 18 % et 48 % sur la période 1994-1996 ;

- en deuxième lieu, il convient de ne pas surestimer l'impact de la jurisprudence relative aux aléas thérapeutiques, dont les cas demeurent très faibles en nombre (3 ou 4 par an), mais sont chacun très coûteux pour l'institution (environ 3 à 4 MF par affaire) ;

- enfin, s'agissant des demandes d'indemnisation pour contaminations transfusionnelles, celles-ci devraient être limitées dans le temps, en ce qui concerne les contaminations par le VIH, tandis que celles concernant l'hépatite C connaissent une progression constante. C'est en effet en 1995 et 1996, que la majeure partie des demandes en matière de contamination par le VIH est parvenue à l'AP - HP (environ 150 dossiers), le chiffre pour 1997 étant plus faible.

3 - Evolution du coût de la responsabilité hospitalière à l'AP - HP

L'augmentation du nombre des réclamations, leur caractère souvent fondé et la volonté du juge d'étendre les possibilités d'indemniser ont fait passer le montant total des indemnités versées par l'AP - HP en cette matière d'environ 14 MF en 1992 à 40 MF en 1997.

Ces chiffres reflètent toutefois des situations différenciées :

- la part des indemnités concernant la seule responsabilité pour faute, c'est-à-dire celle qui correspond dans une large mesure à la qualité des soins, est passée de 15 MF en 1995 à 22 MF en 1997 ;

- en revanche, le montant des indemnités versées au titre de la responsabilité sans faute est passé de 1,7 MF en 1995 à 18 MF en 1997. Cette évolution n'est cependant pas révélatrice d'une aggravation globale du risque de contamination ni du risque sanitaire, puisque les sommes allouées indemnifient précisément une responsabilité qui ne comporte pas de faute, de surcroît limitée dans le temps. Ce type de contamination concerne des dossiers d'aléa thérapeutique ou des contaminations transfusionnelles entraînant en effet, un coût de 3 voire 4 MF pour l'institution, de telle sorte que trois ou quatre de ces affaires suffisent à faire doubler le montant initial de l'indemnisation totale due par l'AP - HP.

*

*

