

RECONCILIER DROIT ET SOINS

Action inter URML

Juin 2002 - Décembre 2005

documents téléchargeables : <http://www.urmlmp.org/>



Responsabilité Civile des Médecins

Trois propositions des syndicats et des URML pour rétablir un exercice serein de la médecine par les spécialistes soumis à l'insécurité juridique

Les médecins accoucheurs, les chirurgiens et les anesthésistes libéraux sont aujourd'hui profondément déstabilisés par la multiplication des procès qui leur sont faits. Tous les motifs sont bons pour justifier des condamnations de plus en plus lourdes : fautes légères, erreurs, maladresses, défaut d'information des patients... **L'insécurité juridique permanente dans laquelle vivent les médecins expérimentés décourage les plus jeunes vocations.** L'exercice libéral de l'obstétrique est en voie de disparition. La chirurgie est délaissée par les mieux classés des étudiants au concours de l'internat. L'insécurité juridique a une traduction financière pour tous ces praticiens : les primes d'assurance professionnelle ont augmenté en moyenne de 1000 pour 100 en dix ans ! La Sécu a bricolé en urgence des aides inégalitaires aux médecins, qui ne règlent rien !

Alertées en 2001 par les représentants des spécialités médicales les plus menacées, les Unions régionales des médecins libéraux (URML) ont alors constitué un groupe de travail inter régional intitulé " Réconcilier droit et soins" chargé de trouver des solutions à cette crise très grave. Avec l'aide de deux experts, Mme Béatrice le Nir, spécialiste de la gestion hospitalière, et M. Rémi Pellet, professeur de droit et avocat au barreau de Paris (Cabinet Alerion).

Le groupe de travail Inter-URML présente aujourd'hui aux pouvoirs publics **trois propositions simples** :

1/ **Créer un fonds d'assurance des spécialités les plus à risque afin de permettre une indemnisation automatique et complète des patients sans mise en cause judiciaire des praticiens, sauf faute inexcusable ou intentionnelle ;**

2/ Pour le cas particulier de l'obstétrique, dissocier l'indemnisation de la mère et celle de l'enfant : l'indemnisation **des nouveau-nés doit relever de la solidarité nationale**, tandis que l'indemnisation de la mère resterait à la seule charge des praticiens.

3/ Mettre en place une politique active de **gestion des risques**. Préconisée conjointement par les médecins et les pouvoirs publics, elle a pour objectif la prévention des accidents en maintenant un **haut niveau de responsabilité pour les praticiens**.

La mise en œuvre conjointe de ces trois propositions est indispensable pour à la fois garantir la sécurité des soins, l'indemnisation rapide et décente des victimes en cas d'accident médical et rétablir la sérénité des praticiens dans leur travail quotidien.

Une insupportable insécurité juridique et financière pèse sur les médecins

Depuis la loi du 4 mars 2002 dite Kouchner révisée par la loi dite About du 30 décembre 2002, les dommages les plus graves subis par les patients, du fait des aléas thérapeutiques et des infections nosocomiales, sont indemnisés par un fonds public, l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (l'**ONIAM**). Le législateur a voulu ainsi garantir une réparation aux patients victimes de dommages *qui n'engagent pas* la responsabilité des médecins.

L'ensemble de la communauté médicale a bien évidemment approuvé cette évolution qui permet d'indemniser les victimes dans de meilleures conditions. Mais elle constate que du côté des médecins, l'application de ces deux lois n'a en rien supprimé l'insécurité juridique et financière qu'ils supportent en permanence.

En effet, si la loi Kouchner dispose que « les professionnels de santé ne sont responsables *qu'en cas de faute* », devant les juridictions et les « Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation » (CRCI), cette notion de « faute » est entendue dans un sens excessivement large : **toute maladresse, même la plus minime, est considérée comme fautive et peut conduire à la condamnation du praticien à de très lourds dommages intérêts.**

Lorsqu'un accident cause un préjudice corporel grave, les juges accordent des indemnités calculées sur les pertes de gains de la victime ainsi que sur **les coûts générés par le handicap lequel nécessite parfois une**

assistance permanente jour et nuit pendant toute une vie. Si la victime est un nouveau-né, les indemnités tiennent compte d'une espérance de vie estimée à quatre-vingts ans...

Et quand les dommages physiques subis par les patients ne peuvent pas être imputés à une faute, même minime, du praticien, **les juridictions sanctionnent alors le défaut d'information** qui est censé avoir fait perdre au patient la chance d'échapper au risque qui s'est réalisé. Or l'indemnisation du défaut d'information est alors fonction de la gravité de l'état réel du dommage et de toutes les conséquences qui en découlent, de sorte que *la réparation ne se limite pas au préjudice moral* mais tient compte de tous les chefs de préjudice que le patient a subis !

Par ailleurs, si depuis 2002 les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels ou des établissements privés se prescrivent désormais par dix ans au lieu de trente ans auparavant, le point de départ de la prescription est désormais la date de « la consolidation du dommage » et non plus celle de « la manifestation du dommage ou de son aggravation ». Dans la mesure où un dommage avéré, chirurgical notamment, peut mettre un temps certain avant de se « consolider », on peut considérer que la réduction de la période de responsabilité de 30 à 10 ans n'est parfois qu'illusoire...

Pire encore : les expertises médicales qui justifient la plupart des décisions judiciaires d'indemnisation des

patients sont souvent fondées sur des conceptions scientifiques beaucoup plus fragiles que ne le croient les magistrats et les experts. Ainsi, pendant des années, les infirmités motrices cérébrales ont été imputées à des fautes médicales commises lors de l'accouchement, alors que l'on sait aujourd'hui, grâce aux progrès des technologies médicales, que 85% de ces dommages sont imputables à des malformations neurologiques congénitales « occultes ».

Enfin, la création des CRCI s'est traduite par une forme de **banalisation de l'acte de porter plainte** : comme le reconnaît le directeur général de la MACSF, « **le nombre de réclamations pour faute (...) en est augmenté (...). Un chirurgien sur deux a subi une mise en cause au cours de l'année 2004, contre 35% en 2003** ».

Cette évolution, les enquêtes d'opinion auprès des médecins le montrent, détourne des activités à risques, même les praticiens les plus motivés. Ce qui contraint, pour occuper les postes vacants, à adopter le palliatif du recrutement de médecins formés hors de l'Union européenne sans garantie de qualité.

L'insécurité juridique, moralement insupportable, se double d'une augmentation économiquement insoutenable des primes d'assurance de la « responsabilité civile médicale » (RCM).

L'évolution des primes d'assurance : les promesses non tenues

La loi Kouchner de mars 2002 a amélioré la situation des patients victimes de dommages et a transféré une partie du coût du risque hospitalier public sur l'ONIAM (aléas médicaux indemnisés par le juge administratif). Pas suffisamment du point de vue des assureurs des médecins et cliniques, certains confirmant leur retrait du marché à la fin de l'année 2002, tandis que les autres continuaient d'exiger des praticiens et établissements de santé libéraux, le versement de primes très élevées.

Afin d'inciter les assureurs à revenir à meilleure composition, la loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 dite About, a transféré sur l'ONIAM une partie importante de la réparation des dommages nés des infections nosocomiales. Cette loi a également réduit la durée de la garantie d'assurance en la dissociant de la durée de prescription de la responsabilité.

Ces réformes n'ont résolu aucune des difficultés d'assurance des praticiens et établissements de santé : les primes ont continué d'augmenter.

Si l'on prend le seul cas des obstétriciens, en 1995, il fallait 11 accouchements pour payer la prime d'assurance annuelle. Il en faut 50 en 2005.

Et ce n'est pas fini : le 12 octobre 2005, le directeur général de la MACSF a annoncé « une augmentation très sensible de nos cotisations, d'au moins 20 % pour l'an prochain pour les chirurgiens et plus encore pour les gynécologues-obstétriciens ».

Depuis l'application de la loi dite About, les praticiens de santé restent donc confrontés à des hausses insupportables de leurs primes d'assurance RCP (responsabilité civile professionnelle), mais aussi au danger d'être exposés à des « **trous de garantie** », c'est-à-dire au risque de n'être pas assurés, dans plusieurs hypothèses, alors même qu'ils auraient payé leurs primes.

Par exemple, la loi autorise un plafonnement de la garantie d'assurance alors que les indemnités pouvant être allouées aux victimes, ne sont pas plafonnées,

elles. De même, « un médecin mis en cause sur la base d'une prescription trentenaire peut se voir attaqué alors qu'il n'est plus couvert par son contrat d'assurance expiré du fait de son départ à la retraite ou de son décès », comme le rappelle la revue de la MACSF (*Responsabilité*, sept. 2004).

Enfin, près de la retraite, ces professionnels ont en plus, du mal à s'assurer, car la dernière compagnie a, à sa charge, pendant dix ans la garantie subséquente des réclamations qui interviendraient après la cessation d'activité.

Dans ces conditions, les jeunes médecins qui souhaitent exercer la médecine libérale (médecine de ville et cliniques) renoncent de plus en plus à exercer les spécialités exposées aux risques les plus élevés (obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes) et les propositions des assureurs ne peuvent suffire à les rassurer.

Certains assureurs reconnaissent maintenant la faillite du marché mais proposent une mutualisation inéquitable du risque

Le ministre de la santé dans le point 6 des accords chirurgicaux du 24 août 2004 cosignait la " demande d'un engagement des compagnies d'assurance sur la stabilisation des primes d'assurance de responsabilité civile". Or, aujourd'hui la MACSF a l'honnêteté de souligner que le marché de l'assurance ne peut répondre à **la crise actuelle qui est devenue « une question de santé publique ».** Elle appelle **les pouvoirs publics à intervenir** : selon le directeur général de la MACSF, dans une interview donnée au *Concours Médical* du 12 octobre 2005, « **la mutualisation doit être**

imposée » parce que « les lois du marché ne permettront jamais la mutualisation, au contraire : Elles vont se traduire par une discrimination de plus en plus fine entre les professionnels dont les risques sont faibles et ceux dont les risques sont élevés et que l'on va finir par ne plus assurer du tout ».

Il propose donc de mutualiser le risque entre praticiens pour tous les sinistres dépassant un certain seuil, par exemple 500 000 euros. A charge pour chaque médecin de s'assurer individuellement pour les sinistres

qui se situent au-dessous de ce seuil ».

Cependant, la solution proposée ne permettrait pas la réduction des réclamations et des plaintes. Elle laisserait à la charge de la seule communauté médicale l'indemnisation de dommages qui devraient relever de la solidarité nationale parce que le montant des indemnités allouées, notamment pour la prise en charge des enfants lourdement handicapés, est habituellement sans rapport de proportionnalité avec la gravité des fautes médicales.

Pour en sortir : Les trois propositions du groupe inter-URML

Afin d'éviter une inflation des primes d'assurance médicale, certains pays, comme l'Angleterre, ont choisi de plafonner le niveau d'indemnisation des patients. En France, la plupart des associations de victimes de dommages médicaux semblent refuser cette solution qui permettrait de limiter les primes d'assurance, sans réduire cependant le nombre des procédures contentieuses.

La « société » veut que toutes les fautes des praticiens donnent lieu à réparation lorsqu'elles ont fait naître un dommage. **Mais qu'est-ce qu'une faute ?** Les médecins souffrent de la confusion qui existe dans l'esprit du public entre les fautes médicales qui sont une négligence ou une

incompétence coupables, et les fautes qui sont en fait des erreurs ou des maladresses difficilement évitables du fait de la complexité des actes pratiqués.

Certains États, comme la Suède, ont choisi de ne pas couvrir de la même façon les fautes « évitables » et celles qui ne l'étaient pas. Dans le même sens, le groupe inter-URML propose de distinguer deux niveaux d'assurance civile professionnelle des médecins contre les dommages subis par les patients, sur le modèle de l'assurance des employeurs contre les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles subis par les salariés.

1

Pour un nouveau contrat entre les patients et les médecins

- Une réparation automatique des dommages subis par les patients,
- La limitation des recours judiciaires contre les médecins aux seules fautes inexcusables et intentionnelles

Pour garantir une réparation totale des dommages subis par les patients, nous proposons deux niveaux d'assurance professionnelle des médecins, selon la nature de la faute :

Premier niveau : une assurance professionnelle cogérée et financée par les médecins, l'assurance maladie et les assurés sociaux, dans une structure qui existe déjà (création d'une seconde section au sein de l'ONIAM) afin de couvrir la responsabilité civile des praticiens de santé pour les préjudices subis par les patients en cas de fautes médicales autres que les fautes inexcusables et intentionnelles. Les patients trouveraient ainsi une réparation complète de tous les dommages médicaux, quelles que soient leurs causes.

Deuxième niveau : une assurance professionnelle totalement privée à la charge exclusive et entière des médecins pour couvrir leur responsabilité civile lorsqu'ils sont condamnés pour faute inexcusable.

La faute inexcusable serait définie comme une faute :

- non intentionnelle
- d'une gravité exceptionnelle,
- qui résulte d'un acte ou d'une omission volontaire de la part du praticien de santé,
- alors que le praticien avait ou aurait dû avoir conscience du danger.

Le système proposé présente de nombreux avantages tant pour les patients que pour les praticiens de santé.

La simplicité et la rapidité pour les patients : les patients seraient dispensés d'avoir à emprunter la voie judiciaire pour faire reconnaître la faute des médecins ; dès lors qu'une CRCI aurait reconnu l'existence d'un dommage non indemnisé par la première section de l'ONIAM et résultant d'une faute médicale, la seconde section de l'ONIAM prendrait le relais et indemniserait automatiquement la victime.

Dans un second temps, en cas de

la faute inexcusable ou intentionnelle, l'ONIAM se retournerait contre le praticien et son assurance privée.

La transparence des tarifs d'assurance : ces tarifs seraient établis par les parties gestionnaires du système sur la base des sinistres constatés et analysés chaque année ;

La sécurité :

- Les praticiens seraient certains, d'une part, d'être assurés au prix correspondant au coût réel des dommages subis par les patients, d'autre part, de ne pas subir des mises en cause épuisantes et décourageantes parce que traumatisantes ;
- Les patients bénéficieraient de politiques de prévention du risque fondées sur une analyse des causes de la sinistralité par les acteurs du système ;

La responsabilité de tous les acteurs : tous les acteurs auraient intérêt à réduire la fréquence et le coût des risques.

Les médecins libéraux resteraient assujettis à une obligation de moyens et non de résultat. Ils se verraient appliquer un bonus (allègement des cotisations des médecins peu fréquemment condamnés) malus (pour les médecins fréquemment sanctionnés) sous forme d'un taux de cotisation individualisé. Ce taux s'ajouterait à un taux collectif de cotisation qui garantirait une forme de péréquation du coût des risques entre les différents types de spécialités médicales, et à une contribution financière de l'assurance maladie récupérée sur l'aide aujourd'hui versée aux médecins pour qu'ils s'assurent et qui ne serait plus justifiée.

L'équité entre les médecins libéraux et hospitaliers : en réduisant le montant des primes d'assurance payées par les médecins libéraux, le dispositif proposé réduirait les inégalités qui existent aujourd'hui entre praticiens des secteurs public et privé. En effet la jurisprudence

limite la responsabilité personnelle des médecins hospitaliers au seul cas des « fautes graves détachables du service », qui correspondent aux fautes « inexcusables » commises par ces praticiens. **L'égalité de traitement au regard du risque judiciaire est aussi la condition de la survie de la chirurgie et de l'obstétrique libérales.**

L'équité entre médecins et patients : Le dispositif ne réduira pas les indemnités accordées aux victimes et ne transférera pas la charge de l'assurance des médecins sur les assurés. Dans tous les systèmes où les assureurs sélectionnent les risques et où les contentieux judiciaires sont fréquents et nombreux, les praticiens répercutent le coût de leurs primes d'assurance en augmentant les tarifs des actes. Ce n'est pas possible en France dans le cadre des relations conventionnelles avec l'assurance maladie publique.

La solidarité entre les professions médicales exposées aux risques les plus graves, et l'assurance maladie qui doit encourager l'exercice de ces professions en mutualisant partiellement le coût du risque.

Parce que les assureurs privés ne communiquent pas de données précises sur leur sinistralité, le groupe de travail inter-URML n'a pas pu procéder à un chiffrage précis de ses propositions. Cependant, en attendant un peu plus de transparence de la part des assureurs, on peut estimer que la disparition du mécanisme des provisions comptables, rendu inutile dans le système proposé par le groupe de travail inter-URML, permettrait de réduire nettement les primes des médecins puisque les assurances provisionnent environ quatre fois le montant total des indemnités versées aux patients.

2

Sauver l'obstétrique libérale

L'ONIAM doit immédiatement prendre en charge les préjudices subis par les nouveau-nés (que la première proposition soit ou non retenue)

Des 4100 Gynécologues obstétriciens libéraux installés en France, on n'en compte plus que 1500 qui prennent des gardes d'obstétrique, **portent la responsabilité des** 270 000 accouchements des établissements privés et paient en 2005 une prime d'assurance moyenne de 13500€. Ce qui permet de collecter vingt millions/an. Or l'indemnisation maximale accordée par les juridictions au titre des préjudices subis par un enfant, a atteint six millions d'euros. Si aujourd'hui le total des indemnisations est couvert par les primes collectées, la juxtaposition de ces deux chiffres explique l'impossibilité d'équilibrer le marché de l'assurance pour les obstétriciens car il faut pouvoir demain faire

face à la multiplication de telles indemnisations.

Le montant élevé dépend de l'obligation d'indemniser un enfant handicapé à la naissance, pendant toute sa vie. Mais il faut aussi se prémunir contre les conséquences de trois particularités :

- L'obligation d'indemniser non seulement l'enfant mais aussi la patiente;
- L'extension des délais de prescription à 28 ans du fait que celle-ci ne commence à jouer qu'à compter de la majorité de l'enfant;
- le risque des revirements de jurisprudence pendant toutes ces années.

Les améliorations que la commission IGAS/ IGF de 2003

attendait d'un rétablissement du marché, sont illusoire devant le nombre trop restreint de 1500 assurés qui ne permet pas de concurrence entre les compagnies.

Il faut sortir de cette logique infernale qui condamne à mort de l'obstétrique libérale.

La meilleure façon de l'éviter ne serait-elle pas que **la collectivité publique (l'ONIAM) prenne en charge les dommages exceptionnels subis par les enfants à l'occasion d'acte d'accouchement**, en laissant l'indemnisation des patientes dans les dispositions générales des assurances professionnelles ? Cette mesure aujourd'hui ne

coûterait rien de plus à la collectivité, l'aide financière versée actuellement aux obstétriciens abonderait ce fonds pour l'indemnisation des victimes.

Les obstétriciens tiennent à la création de ce fonds qui est plus qu'une solution financière. En effet les procédures auprès de ce fonds devront éviter le plus grand nombre des procédures à l'encontre des praticiens. Même si ces dernières aboutissent rarement, pendant les nombreuses années

de leur déroulement, elles provoquent une déstabilisation morale des professionnels et aggravent leur situation assurantielle : les compagnies interrompent ou renchérissent leur contrat. Une autre souscription nécessite souvent l'intercession du Bureau Central de Tarification.

La création de ce fonds devrait enrayer la démobilitation des obstétriciens libéraux, ce qu'on ne peut espérer des aides actuelles fournies par la Caisse

d'Assurance Maladie ou du plafonnement des indemnités que les assureurs demandent.

Dissocier l'indemnisation des parents et celle de l'enfant, c'était déjà l'intention des auteurs de l'article 1er de la loi Kouchner, qui était censé remettre en cause la jurisprudence Perruche.

Mais il semble que les rédacteurs de la loi aient manqué singulièrement de précision (cf. encadré).

La responsabilité des obstétriciens et les ratages de la loi du 4 mars 2002

Dans son arrêt **Cass. ass. plén. 17 novembre 2000, Perruche**, la Cour de cassation avait jugé que « dès lors que les fautes commises [...] avaient empêché [la mère] d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues ». Cette jurisprudence avait été confirmée par l'arrêt n°486 du 28 novembre 2001, au terme duquel l'assemblée plénière de la Cour de cassation avait accordé une indemnisation à un enfant de six ans atteint d'une trisomie 21 qui n'avait pas été détectée pendant la grossesse de sa mère, en raison d'une faute médicale. Dans la mesure où **le handicap de l'enfant n'était pas lié à une faute du praticien mais à une infirmité congénitale, cette jurisprudence aboutissait à indemniser le préjudice d'être né**, puisque l'enfant ne pouvait demander une indemnisation que parce qu'il était né... du fait de l'erreur médicale.

Les pouvoirs publics ont voulu mettre un terme à cette jurisprudence avec l'**article 1^{er} de la loi du 4 mars 2002** ainsi rédigé : « Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale ».

Cet article a été trop rapidement et mal rédigé.

Ainsi, la loi du 4 mars 2002 n'ayant pas expressément exclu l'indemnisation des préjudices par ricochet des frères et soeurs aînés de l'enfant handicapé, **le TGI de Reims, dans un jugement du 19 juillet 2005**, a jugé que l'arrivée au foyer d'un enfant trisomique à la suite d'une faute médicale qui avait empêché la mère de recourir à une IVG thérapeutique, « a bouleversé les conditions de vie de ses deux frères mineurs car le temps consacré par leur mère à l'enfant handicapé très supérieur à celui nécessaire pour un enfant non handicapé, l'a été à leur détriment ». Le tribunal a considéré que ces enfants ont été aussi témoins de la souffrance de leurs parents et ont été victimes de leur séparation qui était due en partie à la naissance de l'enfant handicapé. Le gynécologue obstétricien a été alors condamné à verser aux parents 12 800 euros en indemnisation du préjudice subi par leurs deux enfants mineurs, soit 6 400 euros par enfant.

Par ailleurs, l'article 1^{er} de la loi du 4 mars 2002, a remis en cause la jurisprudence du Conseil d'Etat, **CE 14 février 1997 CHR de Nice contre Epoux Quarez** qui indemnisait les parents victime d'une erreur de diagnostic d'un hôpital public, en leur accordant réparation non seulement de leur préjudice moral, mais aussi « des charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, du handicap de ce dernier ». Or, la Cour européenne des droits de l'homme, dans deux arrêts, **CEDH, 6 octobre 2005, Draon et Maurice**, a condamné la France au motif que l'article 1^{er} de la loi Kouchner privait les parents qui avaient demandé réparation avant l'entrée en vigueur de cette loi, de « l'espérance légitime » d'une indemnisation supérieure à celle prévue par ladite loi.

Les URML défendent une politique de Gestion des risques médicaux

Les associations de patients reprochent à notre système de santé son opacité. Ainsi, les taux et les causes de la sinistralité médicale demeurent inconnus aussi bien des patients que des praticiens libéraux. Cette situation n'est satisfaisante pour personne dans la mesure où elle entretient un doute permanent sur la qualité de notre système de santé. La loi a chargé l'observatoire de la sinistralité de faire la lumière.

Si les pouvoirs publics doivent permettre aux praticiens d'exercer sereinement leur activité en évitant l'inflation des plaintes et des primes, en revanche,

ils sont en droit d'exiger des médecins un haut niveau de prévention des risques, sanctionné par une procédure rigoureuse d'accréditation.

Les Obstétriciens, les Chirurgiens et les Anesthésistes - et ces derniers ont donné l'exemple par ARRES, leur association de gestion des risques en anesthésie - sont prêts à relever ce défi sur le terrain de la performance professionnelle. La Haute Autorité de Santé est chargée par la loi d'installer le dispositif national en application de l'étude de

faisabilité "Resirisq" menée avec elle, l'IRDQ et le groupe Inter URML.

Les Syndicats et les URML comprennent l'inquiétude des associations de patients et entendent y répondre par ce dispositif. Il assurera non seulement une évaluation des pratiques professionnelles en relation avec les URML qui en ont la charge mais aussi un contrôle de la responsabilité des médecins concernés qui ne sera plus subi uniquement à l'occasion d'accidents et de procès mais exercé régulièrement à partir de l'engagement du praticien.

Loi du 13 août 2004 :

Les actions de prévention des risques vaudront accréditation

Au terme de la loi du 13 août 2004 (quand les décrets auront été publiés...) les spécialistes qui réalisent des actes particulièrement à risque pourront s'engager dans un dispositif national de prévention des risques:

- soit par l'intermédiaire d'une instance médicale interne à l'établissement de santé dans lequel le praticien exerce,
- soit par l'intermédiaire d'un organisme (association) agréé(e) [OA] par la Haute Autorité de Santé. Ces associations seront constituées par spécialité médicale et en collaboration avec les Sociétés savantes pour mieux traiter les risques précis de chaque spécialité. La demande d'accréditation sera acceptée par l'Organisme Agréé, dès lors que le médecin respecte le niveau de qualité et de sécurité des pratiques, défini par le Référentiel Risques de sa Spécialité. Le médecin doit alors :

- ➔ Déclarer les événements porteurs de risque (EPR) par l'une ou l'autre de ces deux voies selon le schéma sous-jacent
- ➔ S'engager à mettre en œuvre les recommandations individuelles résultant de l'analyse par l'expert OA des EPR qu'il a déclarés.
- ➔ Mettre en œuvre les référentiels de qualité des soins ou de pratiques professionnelles ainsi que les recommandations résultant de l'analyse des

événements porteurs de risques enregistrés, des études de risques et de la veille scientifique

- ➔ Satisfaire aux exigences de participation aux activités du programme d'amélioration de la sécurité des pratiques de sa spécialité.

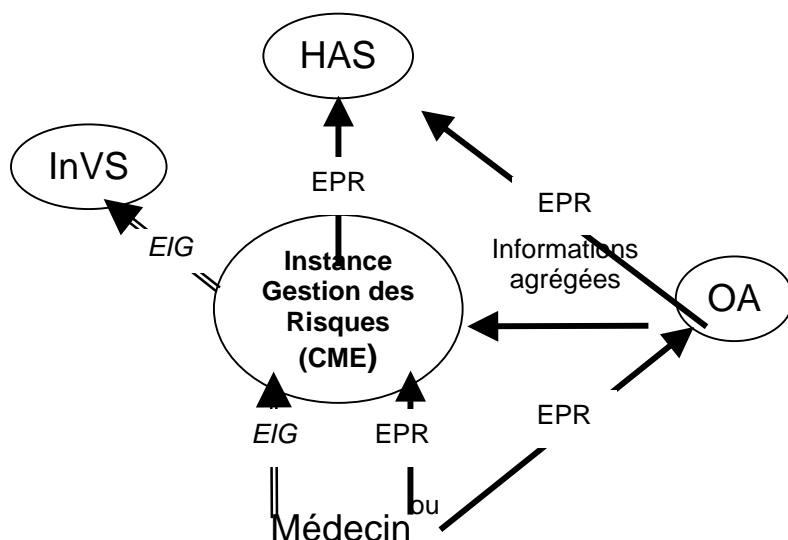
La participation d'un praticien au dispositif lui permettra d'obtenir l'accréditation de la qualité de sa pratique professionnelle.

L'accréditation ayant valeur d'EPP, le médecin doit dans ce cadre:

- ➔ Formaliser dans son dossier d'accréditation tout engagement à mettre en œuvre une recommandation individuelle ou générale.
- ➔ Fournir un bilan annuel de ses activités dans le cadre de l'accréditation. Ce bilan est évalué par l'OA qui lui signale tout écart constaté par rapport aux exigences d'accréditation de sa spécialité.
- ➔ Accepter la visite éventuelle sur son lieu d'exercice de l'expert de l'OA dont le compte-rendu est enregistré dans le dossier d'accréditation.

Les médecins accrédités recevront une contribution financière afin de les aider à faire face à l'augmentation continue de leurs primes d'assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP). Ces sommes devraient suffire à abonder les fonds dont les syndicats et les URML demandent la création.

Les URML ont demandé que les pouvoirs publics prévoient un financement spécifique pour les OA. Il est nécessaire en effet que ces associations puissent bénéficier de ressources certaines et d'un montant minimal afin qu'elles puissent se constituer et fonctionner sans tarder.



Les organismes agréés transmettront aux établissements de santé, afin qu'ils améliorent leur gestion des risques, une synthèse des informations recueillies. Cette synthèse ne comportera aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification des praticiens. Les événements indésirables graves (à partir d'un seuil de gravité) seront déviés vers l'institut de veille sanitaire.

Schéma de déclaration des EPR

EIG : Événement Indésirable Grave
OA : Organisme Agréé

EPR : Événement Porteur de Risque
INVS : Institut de Veille sanitaire

RECONCILIER DROIT ET SOINS

COMITE DE PILOTAGE:

Les présidents des URML

JJ Galouye *URML Midi-Pyrénées*,
A Lemaguet *URML Basse-Normandie*,
P Monod *URML Languedoc Roussillon*,
et Conférence Nationale des
Présidents d'URML,
J Caton *URML Rhône Alpes*,

URML participantes

URML Centre,
URML Pays de Loire,
URML Corse,
URML Aquitaine,
URML Haute-Normandie,
URML Ile de France

CONTACT :

Jean MARTY
amcom@wanadoo.fr
06 09 35 02 77



GRUPE TRAVAIL :

Médecins

GM Cousin *Syngof*
Ph Cuq *UCDF*
P Devallet *CME*
O Galland *SNCO*
Michel Lévy *SNARF*
J Marty *Syngof*
JP Ortiz *Symhop*
P Papin *SNCO*
PG Yavordios *SNARF ARRES*

Experts

R Pellet
Beatrice Le NIR

Experts consultés

D Duval-Arnauld *C. Cas*
MA Cerretti *Lien*
C Racinet *GO expert*

PERSONNALITES CONSULTEES :

Parlementaires

P Clément
J Domergue
JP Door
P Douste-Blazy
JM Dubernard
O Jardé

Cabinets ministériels

JL Buhl
C Charpy
L Habert
J Lucbereilh

CNAMTS

E Haushalter
PJ Lancry
F Van Roekeghem

Courtiers assureurs

Ph Auzimour Marsh
JP Davan FNMF
P Florin Axa
N Gombault MACSF
B Guimbaud SHAM
Ph Heran Aon