

1

L'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux : une mise en œuvre dévoyée, une remise en ordre impérative

PRÉSENTATION

L'accident médical se définit comme un événement imprévu ayant entraîné un dommage anormal au regard de l'évolution prévisible de l'état de santé du patient au cours d'un acte de soins, de prévention ou de diagnostic. Il peut être consécutif à une faute de technique médicale ou à un aléa thérapeutique, entendu comme la réalisation, en dehors de toute faute du praticien ou de l'établissement de santé, d'un risque accidentel dont l'occurrence est faible. Il peut résulter également d'une infection nosocomiale, c'est-à-dire contractée au cours d'un séjour dans un établissement, ou d'une affection dite iatrogène, occasionnée par le traitement médical et en particulier la prescription d'un médicament.

Avant 2002, l'indemnisation des accidents médicaux supposait l'établissement d'une responsabilité médicale. En l'absence de faute et en dehors de cas particuliers restrictifs, les juridictions administratives et judiciaires ne prenaient pas en considération l'aléa thérapeutique.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins a constitué une novation importante en organisant une réparation amiable, gratuite, rapide et équitable des préjudices subis par la victime, même en l'absence de faute, pour tout accident médical d'une certaine gravité, tout en préservant à tout moment sa possibilité de faire valoir ses droits devant la juridiction compétente.

Quinze ans après sa promulgation, la Cour a cherché à apprécier si les objectifs ambitieux fixés par ce texte ont été atteints. Elle a examiné à cette fin le fonctionnement et l'articulation des différentes instances mises en place pour concourir à l'indemnisation des victimes et analysé les résultats obtenus à cet égard dans la période récente.

Dans cette perspective, elle a notamment procédé au contrôle des comptes, de la gestion et des conditions d'exécution des missions de l'établissement public chargé d'indemniser les victimes, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Financé par une dotation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, cet établissement comptait 105 agents au 31 décembre 2015 et est doté d'un budget annuel de 140 M€, dont 130 millions au titre de ses différentes missions d'indemnisation. Au-delà de celle relative aux victimes d'aléas thérapeutiques, ont été en effet, par la suite, confiées à l'ONIAM de nouvelles missions d'indemnisation, dont les plus importantes concernent les victimes du Médiateur®, du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par contamination transfusionnelle, ainsi que quelques autres accidents médicaux sériels majeurs.

Au regard des objectifs de simplicité et de facilité d'accès comme de rapidité de traitement, la déformation du dispositif dans sa mise en œuvre en a contrarié l'ambition (I). Les résultats atteints sont très éloignés des objectifs (II). Une remise en ordre est ainsi impérative (III).

I - Une ambition contrariée

Avant 2002, la victime d'un accident médical devait démontrer l'existence d'une faute d'un professionnel de santé. À cette condition, elle avait droit à une réparation intégrale de tous ses préjudices. Dans le cas contraire, elle ne bénéficiait que des régimes de droit commun en faveur des personnes handicapées.

Par un arrêt du 9 avril 1993²⁶, le Conseil d'État avait cependant ouvert la voie à une indemnisation des patients victimes de certains dommages graves à la suite d'accidents non fautifs, en mettant à la charge des hôpitaux publics l'obligation de les réparer. Les juridictions judiciaires avaient choisi une autre voie en ayant une acception élargie de la responsabilité avec faute. L'aléa thérapeutique n'était pas couvert.

De très nombreux rapports avaient été élaborés au cours des 20 années précédentes. Le plus récent, établi par les inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires, recommandait en 1999 la création d'un fonds spécifique et de commissions régionales chargées de rendre un avis sur le régime d'indemnisation applicable.

²⁶ CE, Ass., 9 avril 1993, *Bianchi*.

L'augmentation du nombre de réclamations et du montant des réparations accordées, les doléances des victimes sur la lenteur et le coût des procédures contentieuses, la crainte de la communauté médicale de subir de fortes hausses des cotisations d'assurance en responsabilité civile ont fini par convaincre les pouvoirs publics à légiférer.

A - Un dispositif très novateur

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée un droit nouveau à l'indemnisation de l'aléa thérapeutique financé par la solidarité nationale et met en place une procédure amiable d'indemnisation des accidents fautifs et non fautifs d'une certaine gravité.

1 - Un dispositif dérogatoire au droit commun de la responsabilité

La loi met un terme à la construction jurisprudentielle antérieure, en énonçant le principe que la responsabilité des établissements et professionnels de santé n'est engagée qu'en cas de faute, ce qui suppose de démontrer un lien direct entre l'acte médical et l'état antérieur du patient ou son évolution prévisible. Elle inclut ainsi dans le champ de l'aléa thérapeutique trois types d'accidents :

- la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne peut être maîtrisé ;
- l'affection iatrogène occasionnée par un traitement médical ou tout acte pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé ;
- l'infection nosocomiale, infection absente lors de l'admission du patient à l'hôpital et qui se développe 48 heures au moins après l'admission.

La loi pose quatre conditions pour la réparation des dommages afférents à un aléa thérapeutique :

- le dommage ne doit pas engager la responsabilité d'un établissement ou d'un professionnel de santé ;
- il doit être imputable à un acte médical, ce qui permet d'exclure les cas où la dégradation de l'état du patient résulte de sa pathologie et non des soins qui lui ont été dispensés ;
- sa gravité doit excéder un seuil fixé au plus à 25 % d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ;
- enfin le dommage doit être anormal au regard de l'état initial du patient et de son évolution prévisible.

La quantification de la gravité du dommage

Un décret a fixé les différents seuils destinés à caractériser la gravité du dommage comme suit : 24 % (soit un taux légèrement inférieur au seuil de 25 % maximum prévu par la loi) pour le taux d'incapacité dans le cadre d'un barème fixé par arrêté, au moins six mois pour l'arrêt temporaire des activités professionnelles, 50 % ou plus pour le déficit fonctionnel temporaire pendant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de 12 mois. Il y ajoute, à titre exceptionnel, sans en donner une quantification, une inaptitude définitive à exercer son activité professionnelle ou des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient.

La jurisprudence a cherché à mieux définir la notion d'anormalité des dommages en développant deux approches : l'une par la comparaison des gravités consistant à apprécier si les conséquences sont notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, l'autre par le risque consistant à apprécier si le dommage présentait une probabilité de survenance faible, que la pratique a fixée à 5 %.

Le droit à réparation de l'aléa thérapeutique constitue ainsi une avancée réelle, mais le champ des bénéficiaires est strictement délimité.

2 - Une procédure protectrice des victimes

Le dispositif mis en place entendait permettre à tous les patients victimes d'un accident médical et à leur famille de faire reconnaître leur statut de victime et de se voir ainsi conférer des droits à réparation. La procédure a été voulue simple et d'accès aisé. Par ailleurs, les victimes sont représentées au conseil d'administration de l'ONIAM par le biais de deux représentants d'associations, la Fédération des AVIAM²⁷ de France et le Collectif interassociatif sur la santé (CISS).

Dans chaque région, une ou plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges. Au nombre de 23, soit une par région d'avant la réforme de la carte régionale, elles sont regroupées en sept pôles implantés sur quatre sites (Bagnole, siège de l'ONIAM, Bordeaux, Lyon et Nancy).

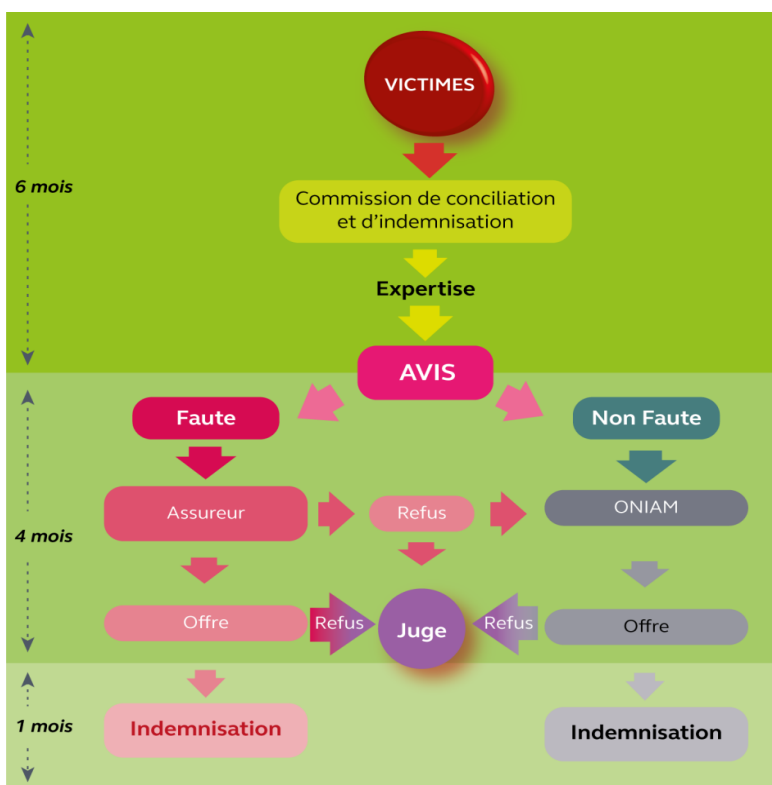
La victime dépose sa demande auprès de la CCI la plus proche de son domicile. Quand le dossier est complet, le président examine sa recevabilité au regard du seuil de gravité, seul ou après avis de la commission sur la base d'un rapport d'expertise. Pour les dossiers jugés recevables, la commission désigne un expert ou un collègue d'experts

²⁷ AVIAM : association d'aide aux victimes d'accidents médicaux.

chargé de collecter les éléments probants, d'entendre les parties et de rendre un rapport. Elle examine ensuite les conséquences à tirer de ce rapport et émet un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages pour chacun des préjudices. L'avis est ensuite transmis à la victime ainsi qu'à l'assureur quand l'accident est fautif et à l'ONIAM en cas d'aléa thérapeutique. Dans la pratique l'ONIAM est destinataire de tous les avis.

L'expertise est conduite par un expert ou un collège d'experts, inscrits en principe sur une liste nationale, et est prise en charge financièrement par l'ONIAM qui devra en obtenir le remboursement auprès de l'assureur responsable en cas d'accident fautif, y compris dans le cas où cet assureur est défaillant vis-à-vis de la victime.

Schéma n° 1 : procédure d'indemnisation



Source : Cour des comptes

La procédure se veut rapide, car l'avis doit intervenir dans un délai légal de six mois. L'examen du dossier est contradictoire. La victime peut faire entendre son point de vue lors de l'expertise, puis devant la commission de conciliation et d'indemnisation qui statuera sur son état.

Le recours à un établissement public, l'ONIAM, garantit la bonne exécution des avis des CCI et la disponibilité des fonds en vue d'indemniser la victime. L'offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis doit être présentée selon la loi par l'ONIAM dans un délai de quatre mois et liquidée au plus tard un mois après l'acceptation de l'offre. Si l'accident résulte d'une faute, assureurs et victimes peuvent se mettre d'accord sur la base de l'avis de la CCI. En l'absence d'accord, la victime peut demander à l'ONIAM de l'indemniser, à charge pour l'office de se faire rembourser par l'assureur défaillant. Il se substitue alors à lui.

Dans tous les cas, la victime peut ainsi espérer une indemnisation un an après le dépôt de son dossier.

Cette voie amiable n'est pas obligatoire. À tout moment la victime peut engager un contentieux, devant le juge administratif si l'accident s'est produit dans un établissement public de santé, devant le juge judiciaire dans le cas contraire. L'acceptation de l'offre de l'ONIAM par la victime s'accompagne, en revanche, du renoncement à tout contentieux.

Enfin, l'institution, par amendement parlementaire, d'une Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed)²⁸ vise à donner à la victime, où qu'elle réside, l'assurance qu'une autorité placée auprès des ministres de la justice et de la santé s'assurera de la meilleure qualité de l'expertise sur laquelle la CCI fondera son avis et veillera à une application homogène de la loi sur le territoire. La Commission est, en effet, chargée de tenir à jour une liste nationale d'experts en accidents médicaux dont elle a au préalable évalué les connaissances, a accès à sa demande aux informations couvertes par le secret médical et doit établir chaque année pour le Parlement un rapport d'évaluation de l'ensemble du dispositif. Elle donne ainsi sa pleine cohérence au nouvel ensemble institutionnel.

²⁸ Elle comprend deux experts professionnels de santé exerçant à titre libéral, deux experts praticiens des établissements publics de santé, trois représentants des usagers, et douze personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences en droit de la réparation des accidents médicaux ou de leurs compétences scientifiques. L'État est représenté par un commissaire du Gouvernement nommé par arrêté des ministres de la justice et de la santé.

B - Des choix différents pour les accidents sériels

Plusieurs autres missions d'indemnisation, de complexité et d'importances très diverses, ont été successivement confiées à l'ONIAM.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique l'a chargé, au titre de la solidarité nationale, de la réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire ou à la contamination transfusionnelle par le VIH. La loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a substitué l'ONIAM à l'établissement français du sang (EFS) pour la gestion des conciliations et des contentieux au titre de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite B ou C²⁹ dans le cadre d'une transfusion sanguine. Enfin, la loi du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011 l'a chargé de faciliter et, le cas échéant, de procéder au règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le benfluorex (Médiator®). Il s'y est ajouté par voie conventionnelle la mise en place de procédures d'indemnisation de patients irradiés (centre hospitalier d'Épinal, centre hospitalier universitaire de Toulouse). Ces missions n'ont pas vocation à être pérennisées à la différence de la prise en charge des accidents médicaux.

Un nombre de dossiers à traiter très variable

L'ONIAM n'a reçu en 2015 que 43 demandes d'indemnisation en lien avec une vaccination obligatoire et 25 en lien avec une mesure sanitaire d'urgence. Les victimes du VHC et du Médiator® sont plus nombreuses, mais le sont nettement moins que les victimes d'accidents médicaux. Sur la période 2011-2015, 3 074 dossiers ont été enregistrés au titre du VHC, 8 942 au titre du Médiator® et 21 728 au titre des accidents médicaux. Si le flux de nouveaux dossiers reste stable s'agissant de ces derniers, le nombre de demandes nouvelles est désormais très réduit pour les victimes du VHC et du Médiator®.

L'organisation mise en place est très différente de celle retenue pour les accidents médicaux. La loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit en lieu et place de la CNAMed un conseil d'orientation. Présidé par le président du conseil d'administration de l'ONIAM, il regroupe des représentants des administrations centrales, des personnes qualifiées, des représentants des usagers et a vocation à proposer au conseil d'administration les orientations de la politique d'indemnisation des préjudices résultant de ces missions nouvelles.

²⁹ La loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 a prévu la récupération par les régimes d'assurance maladie des sommes perçues par l'EFS au titre des contrats d'assurance dont les centres de transfusion sanguine étaient titulaires.

Le rôle central du collège d'experts pour le Médiateur®

La loi du 29 juillet 2011 instaure un dispositif d'indemnisation des victimes de ce médicament. L'ONIAM devient le guichet unique pour le dépôt des demandes. Contrairement aux accidents médicaux, aucun seuil de gravité n'a été fixé par la loi. Toutes les victimes sont donc indemnisables.

Un collège d'experts, présidé par un magistrat de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire, procède à toute investigation utile à l'instruction de la demande, dans le respect du principe du contradictoire, et recourt, le cas échéant, à une expertise. Contrairement aux CCI qui ont à traiter d'une grande variété d'accidents médicaux et qui diligenteront 3 500 expertises par an, il n'a fait appel à une expertise que pour 141 dossiers sur un total de 7 721 dossiers examinés, soit 1,8 %. Il doit formuler son avis dans un délai de six mois.

La mise en place d'une instance nationale unique composée d'experts médicaux³⁰ compétents dans les pathologies concernées et d'experts des dommages corporels a été déterminante pour élaborer un consensus médical sur des pathologies émergentes et éviter les disparités de jurisprudence.

Le laboratoire Servier dispose de trois mois, et non de quatre comme en matière d'accidents médicaux, pour formuler une offre. En cas de défaillance du laboratoire, l'ONIAM peut s'y substituer et doit respecter le même délai de trois mois. Dans ce cas, l'ONIAM est subrogé dans les droits de la victime³¹. Ce cas de figure ne s'est cependant présenté que marginalement (1,2 % des cas, à 23 reprises à fin mars 2016³²).

Le rôle du collège est donc central et l'intervention de l'ONIAM se limite à la mise en état des dossiers et à la transmission des avis du collège au laboratoire.

³⁰ Les médecins sont désignés par le conseil national de l'Ordre des médecins, par des associations de malades et d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément, par les laboratoires concernés ou leurs assureurs et par l'ONIAM.

³¹ En cas de contentieux, le laboratoire encourt, au-delà de la condamnation sur le fond, une pénalité portée à 30 % de l'indemnisation au lieu du taux de droit commun de 15 % en matière d'accidents médicaux.

³² En avril 2015, le laboratoire a saisi le président du collège d'experts d'une demande de forfaitisation dans certains cas de l'indemnisation de tierce personne et d'une demande de contre-expertise. Dans cette période, la prise en charge retardée par le laboratoire a conduit à ces 23 substitutions, remboursées rapidement par ce dernier.

C - Une dérive de l'équilibre institutionnel initial

L'équilibre du dispositif initial – une autorité scientifique, la CNAMed, ayant pour mission centrale d'évaluer son fonctionnement, des CCI chargées de l'instruction et de la détermination des préjudices, un établissement public chiffré des préjudices et payeur –, a été dévoyé par le rôle que s'est arrogé l'ONIAM, seule institution à la personnalité morale, en face de CCI aux moyens limités et au statut indéterminé, et d'une CNAMed en fort retrait par rapport aux missions que le législateur lui a confiées.

1 - La remise en cause par l'ONIAM de l'indépendance des CCI

En confiant la présidence des CCI à un magistrat de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif, détaché par décret du président de la République et nommé par arrêté du Garde des sceaux³³, la loi entendait garantir aux victimes le respect des principes fondamentaux d'indépendance, de prévention des conflits d'intérêts, de contradiction et de collégialité auxquels est soumise toute instance juridictionnelle. En précisant que l'ONIAM assurait les frais de fonctionnement des CCI et leur apportait un soutien technique et administratif, notamment en mettant à disposition le personnel nécessaire, elle cherchait à assurer les moyens d'un fonctionnement efficace. La pratique a été différente.

Pour chacune de ses missions nouvelles d'indemnisation, des moyens supplémentaires ont été alloués à l'ONIAM : sur un total de 105 agents au 31 décembre 2015, 23 emplois sont ainsi fléchés pour le Médiateur® et 13 pour le VHC, alors que les CCI ne sont dotées que de 37 emplois³⁴, ce qui les amène à recourir à un très grand nombre de stagiaires.

L'allocation des moyens aux différentes CCI par l'ONIAM s'est faite de manière discrétionnaire, sans véritable dialogue de gestion. Aucune ligne budgétaire ne permet d'ailleurs d'identifier leurs crédits de fonctionnement. Si les effectifs de chacune sont connus, la pertinence de leur répartition n'est pas avérée. Ainsi, selon le rapport d'activité de l'ONIAM pour 2014, 873 dossiers ont été déposés à la CCI Île-de-France qui dispose de 6,55 ETP, chaque agent traitant en moyenne 133 dossiers, tandis que, au pôle de Nancy³⁵, qui a 44 % de dossiers en moins (493), sont affectés 5 ETP, chaque agent traitant en moyenne 98 dossiers.

³³ Leur régime disciplinaire passe par un avis du Conseil supérieur de la magistrature.

³⁴ La complexité des dossiers à traiter par l'ONIAM est cependant bien supérieure pour le VHC et les accidents médicaux que pour le Médiateur®.

³⁵ Le pôle de Nancy regroupe les CCI de Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Guyane, Martinique et Guadeloupe.

Dépendant de l'ONIAM pour l'allocation de leurs crédits de fonctionnement, n'ayant aucun pouvoir hiérarchique sur les agents que celui-ci leur affecte, les présidents de CCI sont mal armés pour défendre les prérogatives attachées à leurs fonctions contre les empiètements de l'office quand il devient décideur à la place des commissions.

Le législateur n'avait pas prévu que l'établissement payeur puisse contester le bien-fondé des avis des CCI autrement qu'à l'occasion de l'action en indemnisation introduite devant la juridiction compétente par la victime ou dans le cadre des actions subrogatoires des assureurs et de l'ONIAM.

En tant que payeur, l'ONIAM doit calculer l'offre d'indemnisation. En tant qu'opérateur de l'État, il doit veiller à ce que le dossier et les pièces justificatives soient complets. Il a conçu son rôle de manière extensive au point de réviser les avis des CCI en s'appuyant sur un avis du Conseil d'État du 10 octobre 2007³⁶ et sur une jurisprudence convergente de la Cour de cassation³⁷ qui constataient que l'avis au fond sur la demande d'indemnisation émis par la CCI est un acte préparatoire qui ne fait pas grief ni ne lie l'ONIAM.

L'ONIAM a interprété cette jurisprudence comme lui conférant un droit, voire un devoir, de réexaminer les avis des CCI en en modifiant parfois radicalement le sens, alors même au demeurant que son directeur ou son représentant siège en leur sein et y fait valoir son appréciation. Au lieu d'utiliser cette jurisprudence comme un moyen de rectifier des avis manifestement erronés, il s'est investi dans un réexamen systématique de tous les avis, coûteux en personnel et en temps, secret et non contradictoire.

À réception de l'avis favorable de la CCI, l'office réexamine en effet la recevabilité du dossier au regard du critère de gravité ou de la nature même d'accident médical. Il se donne la faculté d'informer la victime qu'il « ne partage pas l'avis de la commission concernant la survenue même d'un accident médical ». Il peut ainsi expliquer par exemple sur la base d'éléments médicaux que la complication survenue n'est pas en lien avec un acte de soin mais est survenue en raison « de la gravité de l'insuffisance respiratoire de la victime ». Pourtant, la réglementation a clairement attribué l'appréciation de la recevabilité de la demande d'indemnisation à la CCI ou à son président, et en aucun cas à l'ONIAM.

³⁶ CE, 5^{ème} et 4^{ème} sous-sections réunies, 10 octobre 2007, M. Sachot.

³⁷ Cass, 1^{ère} chambre civile, 6 mai 2010, *Mme C... X...*, épouse Y... et arrêt Cass, 1^{ère} chambre civile, 4 mai 2012.

L'office vérifie ensuite la validité de l'avis de la CCI et peut conclure à un refus d'indemniser la victime sur le fondement d'une analyse scientifique ou juridique. Il peut ainsi affirmer, contrairement à la commission, que, si la survenue d'une paraplégie complète dans les suites d'une cure de hernie thoracique n'a qu'une fréquence de 3 % selon l'expert missionné par la CCI, il considère que ce taux doit être majoré en l'espèce et qu'il ne s'agit donc pas d'un accident médical car il n'est pas anormal.

L'ONIAM, selon ses dires, consacre environ 0,8 M€ par an à son service médical, composé d'un médecin généraliste, de deux internes des hôpitaux et depuis peu d'un chirurgien à mi-temps, dont aucun n'est agréé par la CNAMed, ainsi qu'à des expertises externes. Le législateur n'a pourtant confié à l'ONIAM aucune attribution d'ordre médical.

Le réexamen, qui peut prendre jusqu'à six mois, revient à dénier le droit d'une victime à l'indemnisation que lui a reconnue la CCI.

À la suite de premières observations de la Cour, le conseil d'administration de l'ONIAM, dans sa séance du 23 mai 2016, a approuvé la mise en place d'une procédure de consultation informelle des présidents de CCI, enfermée dans un très court préavis, sur les projets de lettres motivées adressées aux victimes lorsque l'ONIAM décide de ne pas suivre la commission. Cette procédure est trop récente pour apprécier si elle constitue un progrès dans la transparence des positions de l'ONIAM vis-à-vis des CCI. Elle n'a de sens que si elle permet un ultime examen entre le président de la CCI et l'ONIAM, ce que la brièveté des délais de réaction laissée aux présidents de CCI ne peut que rendre difficile.

Dans ces matières très sensibles, il serait compréhensible en tout état de cause que la victime, en recevant notification en des termes souvent peu aisés à comprendre, six à huit mois après l'avis de la CCI dont elle a été destinataire, du refus de l'organisme payeur de l'indemniser ou de se substituer à l'assureur défaillant, ressente une profonde injustice.

L'établissement intervient ainsi comme un assureur qui s'attacherait à limiter sa charge de sinistre.

Exemples de rejet des avis de CCI par l'ONIAM

Une CCI a admis la responsabilité fautive d'un centre hospitalier à la suite d'un accouchement qui s'était matérialisé pour le nouveau-né par une paralysie obstétricale du plexus brachial gauche et un déficit fonctionnel temporaire au moins égal à 50 %. L'ONIAM refuse de se substituer à l'assureur défaillant en excipant de divergences entre les conclusions du rapport d'expertise et l'avis rendu par la commission.

Une CCI estime que le décès d'une patiente à la suite d'une embolie pulmonaire est indemnisable au titre d'un accident non fautif. L'ONIAM refuse de payer sur avis de son service médical, au motif contredit par la CCI d'absence de littérature médicale et en affirmant que l'embolie ne résulte pas de la chirurgie intervenue deux jours plus tôt. L'avis du service de l'ONIAM est exprimé en dehors de toute procédure contradictoire.

2 - L'effacement de la CNAMed

La CNAMed n'a pas réussi à établir une liste suffisante d'experts médicaux. Le nombre d'inscrits a été ramené de 247 médecins en 2011 à 200 en 2015, ce qui a conduit à entériner la pratique des présidents de CCI, en principe exceptionnelle, mais devenue courante, de confier des expertises à des médecins non inscrits, dont elle n'a pas assuré la formation. Aussi une ordonnance du 15 juillet 2016³⁸ facilite-t-elle désormais l'inscription des experts médicaux sur la liste nationale en supprimant la condition préalable d'inscription sur la liste des experts judiciaires.

Cette mesure ne paraît cependant pas de nature à régler toutes les difficultés rencontrées par la CNAMed pour solliciter des candidatures. Ces dernières peuvent en particulier s'expliquer par la faiblesse de la rémunération d'une expertise. Fixée à 600 € par délibération du conseil d'administration de l'ONIAM en 2003, elle a été revalorisée depuis lors à 700 €, soit moins de la moitié du tarif pratiqué devant le juge administratif, lui-même inférieur à celui pratiqué dans l'ordre judiciaire.

Concentrant ses efforts sur l'établissement de la liste nationale d'experts médicaux sans pour autant réussir à infléchir une tendance défavorable, la CNAMed ne s'acquitte pas de l'obligation d'évaluation de l'ensemble du dispositif que lui confie la loi, sinon par la collecte de données purement quantitatives. Les quelques recommandations émises dans chaque rapport annuel ou l'élaboration ancienne d'un guide de l'expert n'ont que peu contribué à l'amélioration de la conduite des expertises et à l'harmonisation des pratiques des CCI.

³⁸ Ordonnance du 15 juillet 2016 relative à la coordination du système d'agences sanitaires nationales, à la sécurité sanitaire et aux accidents médicaux.

L'effacement de la CNAMed, dans un contexte il est vrai marqué par l'absence de tout moyen propre – elle ne dispose que de 0,25 ETP mis à disposition par la direction générale de la santé –, a permis à l'ONIAM d'élargir son domaine d'intervention bien au-delà de ses missions et d'imposer ses vues aux CCI en amont de l'instruction des dossiers. Il a ainsi organisé des groupes de travail sans même y associer la CNAMed ni les associations de victimes sur des sujets tels que l'indemnisation de l'aide humaine. Il a pris l'initiative de négocier, en 2013, un protocole d'accord avec la fédération des spécialités médicales pour trouver des experts dans des zones et spécialités précises, ce qui ne relevait pas de ses attributions. Il s'est ainsi peu à peu substitué à la CNAMed d'autant plus aisément que celle-ci a connu en 2015 une vacance de plus de huit mois, faute de renouvellement en temps utile de ses membres par les autorités de nomination.

L'organisation institutionnelle prévue par la loi de 2002 portait en elle-même un risque de déséquilibre structurel, puisque ni les CCI ni la CNAMed, au demeurant non prévue initialement dans le dispositif et née de la discussion parlementaire, ne disposaient de moyens propres. Les tutelles, pour leur part, ne se sont pas véritablement intéressées au bon fonctionnement du dispositif - la CNAMed est ainsi restée pendant huit mois en 2015 dans l'attente du renouvellement de ses membres- ni à la qualité de la gestion des dossiers d'indemnisation, mais se sont attachés aux seuls enjeux budgétaires. L'attention médiatique était toute entière tournée vers le traitement des victimes du Médiateur®. Une interprétation extensive du caractère non opposable des avis des CCI ouvrait la voie à l'exercice par l'ONIAM d'un pouvoir discrétionnaire de réformer les avis des CCI en vertu d'une expertise médicale et juridique que la loi ne lui avait pas confiée.

Plus proche des victimes qu'un contentieux classique, le dispositif était conçu pour être attentif à leurs préoccupations. Ce droit novateur a été en fait progressivement dévoyé dans sa mise en œuvre.

II - Des résultats très éloignés des objectifs

Le dispositif d'indemnisation des accidents médicaux se voulait simple, objectif et rapide. Les résultats sont très loin de ces objectifs.

A - Un dispositif en échec

Le dispositif se révèle peu attractif, comme en témoigne la montée des actions contentieuses directes sans passer par la procédure amiable, et peu performant, notamment au regard des délais de présentation de l'offre d'indemnisation.

1 - Une procédure peu attractive

L'étude d'impact du projet de loi de 2002 estimait, sur la base d'indications fournies par les sociétés d'assurances, à 10 000 les bénéficiaires potentiels du dispositif. Les demandes déposées auprès des CCI n'ont jamais atteint 4 500 dossiers par an. Elles ont baissé en 2015 de 3,6 % même si un léger mouvement de reprise est constaté sur les premiers mois de 2016.

Depuis 2011, les CCI ont rejeté pour incompétence les trois quarts des 21 728 dossiers reçus, en l'absence d'un degré de gravité suffisant. Cette règle spécifique ne s'applique ni aux victimes du terrorisme et autres infractions³⁹, ni aux accidents de santé sériels.

Le seuil de gravité pour les accidents médicaux

Madame H. a subi une opération (pose d'un anneau gastrique) au cours de laquelle une perforation de l'intestin s'est produite. Après expertise, l'avis rendu par la CCI conclut à un accident médical avec un taux d'incapacité permanente partielle de 20 % et rend en conséquence un avis d'incompétence, le seuil d'admission étant fixé à 25 %. Le dommage n'a pas entraîné par ailleurs un arrêt de travail de six mois, car la personne était à la retraite. Il ne reste plus à la victime, à l'issue de deux ans d'attente, qu'à engager une procédure judiciaire, si elle n'est pas découragée.

Sur la période 2011-2015, 5 646 avis favorables ont été ainsi émis au total par les CCI : 2 983 au titre de l'aléa thérapeutique et 2 663 pour un accident fautif.

L'ONIAM écarte à son tour dans le cadre de son réexamen 8,5 % des avis positifs des CCI, réduisant encore le nombre de victimes indemnisables. Ce chiffre recouvre des pratiques contrastées : l'ONIAM rejette en moyenne 5 % des avis qui portent sur une demande d'indemnisation au titre de l'aléa thérapeutique et, selon les calculs de la Cour, 20 % de ceux relatifs à des demandes de substitution en cas d'accidents fautifs.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que le nombre de saisines directes des tribunaux par les victimes soit passé de 9 % des demandes amiables en 2011 à 16 % en 2015, alors que le nombre de dossiers déposés devant les CCI stagne. Si 11 % des victimes contestaient les décisions de l'ONIAM en 2011, elles étaient 17 % en 2015. Près de la moitié des indemnisations réglées par l'ONIAM résulte désormais d'une exécution de décisions de justice favorables aux victimes.

³⁹ Le droit est acquis dès le constat d'un déficit fonctionnel permanent sans seuil minimum.

Une mission de conciliation des CCI restée marginale

En prévoyant que la CCI puisse siéger en formation de conciliation ou de règlement amiable, le législateur entendait accompagner la victime dans tous les cas de figure, y compris les situations d'une moindre gravité. Cette mission de conciliation est marginale. Elle concerne moins de 7 % des dossiers (1 471 sur 21 728), pour les seuls accidents médicaux fautifs. L'ONIAM s'y est refusé pour l'aléa thérapeutique.

2 - Un dispositif peu performant

L'ONIAM présente de son action un bilan flatteur. Son rapport d'activité de 2015 se félicite de la réduction des délais d'indemnisation. La réalité est bien différente.

Les délais de traitement des dossiers s'allongent. En quatre ans, de 2012 à 2015, le stock d'avis à traiter par l'ONIAM a augmenté de 641 dossiers, soit l'équivalent d'une année d'activité.

Le nombre d'offres de réparation intégrale ne dépasse pas 13 % des avis reçus au bout de douze mois, le délai légal de quatre mois n'étant quasiment jamais respecté. Alors que la loi n'a distingué que deux catégories d'offres, l'offre qui vise à la réparation intégrale de tous les préjudices subis et l'offre provisionnelle dans le cas où l'état médical de la victime n'est pas stabilisé, l'ONIAM a surtout présenté des offres partielles et des offres dites définitives, non prévues par les textes.

Les deux étapes de l'offre provisionnelle

La première étape consiste, après le passage en CCI, à indemniser tous les préjudices subis tels qu'ils ressortent de l'avis.

Lors de l'aggravation ou de la consolidation, une nouvelle demande est faite à la CCI qui statue de nouveau sur les préjudices après une nouvelle expertise. Après notification du nouvel avis, l'ONIAM fait une nouvelle offre, qui tient compte de la première.

L'offre partielle consiste à indemniser deux ou trois préjudices⁴⁰ en application d'un barème. Facile à établir, elle permet de respecter formellement le délai légal de quatre mois. L'offre définitive, contrairement à l'offre provisionnelle, ne donne pas lieu à un nouvel

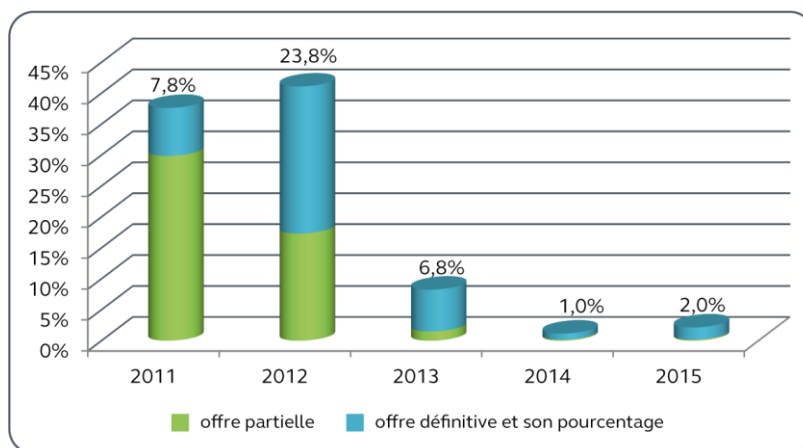
⁴⁰ Préjudice esthétique, souffrances endurées et déficit fonctionnel temporaire.

examen en commission ni à un nouveau dossier. Elle constitue l'aboutissement administratif de la procédure initiale : il s'agit d'attendre que la victime ait transmis les pièces justificatives des indemnités reçues par les tiers payeurs afin de les déduire du montant dû.

L'attente peut durer plusieurs années, à la suite de quoi l'ONIAM procède à une clôture administrative des dossiers. Une victime qui n'a pas bénéficié d'une offre définitive au cours des trois premières années suivant la notification de l'avis de la CCI à l'ONIAM perd quasiment toute chance d'en recevoir une.

Plus de la moitié des dossiers (58 %) enregistrés en 2011 n'avaient reçu au 31 mars 2016 qu'une offre partielle, soit plus de quatre ans plus tard. Le même constat vaut pour les dossiers reçus les années suivantes.

Graphique n° 1 : dates des offres relatives aux dossiers reçus en 2011



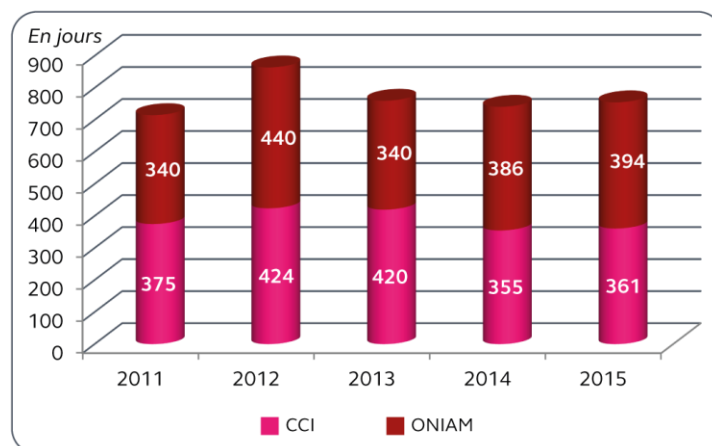
Source : Cour des comptes d'après données de l'ONIAM de mai 2016

Pour les seuls dossiers qui ont abouti à une réparation intégrale, le délai moyen⁴¹ s'est allongé de cinq mois depuis 2011 et s'établit désormais à 2 ans 9 mois.

Au total, le temps de traitement de l'ONIAM multiplie par deux, voire plus, la durée de traitement du dossier par la CCI.

⁴¹ Le délai est calculé de la date à laquelle la requête de la victime auprès de la CCI est considérée comme complète, ce qui peut aller jusqu'à six mois, jusqu'à l'offre définitive de l'ONIAM. Ce mode de computation exclut du champ tous les dossiers sans aucune offre ou avec une offre partielle.

Graphique n° 2 : part des CCI et de l'ONIAM dans le délai de traitement des dossiers ayant reçu une offre intégrale



Source : Cour des comptes d'après données de l'ONIAM

La durée de traitement des dossiers des victimes du VHC et du Médiateur®

L'office a reçu près de 3 000 dossiers de victimes du VHC par transfusion sanguine et en a traité à ce jour 1 800, accordant à 70 % d'entre eux un avis favorable. Selon les méthodes variables de comptage de l'ONIAM, il reste à examiner entre 850 et 1 140 dossiers sur le total des dossiers reçus depuis 2010. En outre, le stock de contentieux à gérer se maintient à près de 600, la diminution du stock initial étant compensée par l'introduction de nouvelles procédures par les victimes. Au rythme actuel, et malgré la baisse des demandes nouvelles, l'achèvement de cette mission prendra encore trois à quatre ans, hors gestion du contentieux.

Sur les 9 000 dossiers déposés par des victimes du Médiateur®, plus de 6 100 ont fait l'objet d'un avis du collège d'experts. Le taux d'avis positifs est de 32 % en moyenne, mais s'est établi à 41 % en 2015. Fin 2015, le stock était de 1 221 dossiers dont les plus anciens datent de 2013. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a prévu la faculté de réviser les avis de rejet du collège afin de prendre en compte, soit une évolution de la situation de la victime, soit l'évolution des connaissances liées aux dommages imputables au Médiateur®. Sur le fondement de cette disposition, le collège d'experts a demandé que les 1 471 dossiers de rejet concernant des valvulopathies soient révisés. Selon l'ONIAM, la mission qui devait s'achever initialement fin 2015 pourrait être prolongée de ce fait jusqu'à la mi-2017.

3 - Une comparaison peu flatteuse avec les tribunaux administratifs et judiciaires

En plein contentieux⁴², et sans tenir compte des délais de recours, les délais des tribunaux de grande instance et des tribunaux administratifs ne dépassent pas deux ans, alors que les procédures de l'ONIAM ont une durée moyenne de 2 ans 9 mois. Cet indicateur, essentiel, n'est pourtant pas suivi par l'office. La comparaison serait encore plus défavorable à l'ONIAM si on incluait dans les délais des procédures juridictionnelles ceux portant sur les référés⁴³ qui aboutissent, dans plus de 60 % des cas, à mettre fin au litige par un accord entre les parties.

S'agissant des niveaux d'indemnisation, les données comparatives fiables manquent. Dans son rapport d'activité 2015, l'ONIAM ne donne d'informations que sur le montant moyen des indemnisations par dossier clos pour les accidents médicaux. Celui-ci a tendance à stagner depuis 2008, voire à baisser, pour s'établir en 2015 à 85 927 €.

L'ONIAM explique à cet égard la désaffection relative du dispositif par le référentiel d'indemnisation arrêté par le conseil d'administration, qui est selon lui moins favorable que celui des tribunaux. Si cette affirmation vaut en effet pour les juridictions judiciaires, elle est toutefois inexacte pour les juridictions administratives devant lesquelles la moitié des contentieux est portée. Au 1^{er} janvier 2016, le conseil d'administration de l'ONIAM a décidé cependant une revalorisation de 16 % de deux préjudices extrapatrimoniaux et de 53 % des tarifs horaires d'assistance par tierce personne⁴⁴.

Le dispositif amiable d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux n'apparaît pas plus avantageux aujourd'hui pour la victime que le droit commun devant les juridictions, non sans risque de poser la question de son bien-fondé.

⁴² Statistiques fournies sur la période 2011 à 2015 par le Conseil d'État pour les juridictions administratives et sur les années 2013 à 2015 par la direction des affaires civiles et du Sceau pour les juridictions judiciaires.

⁴³ Les référés expertise (ou référés instruction) permettent au juge d'obtenir une mesure d'instruction ou une expertise plus riche que le simple constat de faits matériels, en vue de la solution du litige. Ils représentent respectivement 73 % du total des décisions des tribunaux de grande instance, prises en moyenne en moins de deux mois, et 56 % de celles des tribunaux administratifs, traitées en moins de quatre mois.

⁴⁴ L'inspection générale des affaires sociales examine, à la demande de la ministre de la santé, l'examen de la pertinence du référentiel d'indemnisation de l'ONIAM.

L'absence de performance globale est aggravée par les défauts de pilotage et les lourdes défaillances de l'établissement chargé de l'indemnisation sur ressources publiques

B - De nombreuses et graves défaillances de gestion

L'ONIAM est un opérateur lourdement défaillant tant dans la mise en œuvre des procédures dont il a la responsabilité que dans sa gestion interne.

1 - Un système d'information onéreux, inadapté et inefficace

Le logiciel SICOF destiné à gérer l'indemnisation des victimes et à piloter l'activité ne permet pas l'extraction de données fiables, ni même approchées. Pourtant son coût, qui atteignait déjà 514 000€ au 1^{er} janvier 2012, a été multiplié par cinq. Il approchait au début de 2016 2,5 M€. De nouvelles dépenses, supérieures à 1 M€, sont prévues sans que l'ampleur exacte en soit à ce stade déterminée.

Chaque agent est contraint de suivre son activité sur des tableaux de bord, sous Excel ou à la main, n'ayant pas même accès aux extractions de routine.

Il n'est donc pas étonnant que l'établissement connaisse de graves difficultés pour piloter son activité et ne soit pas en mesure de manière générale d'informer correctement ses administrations de tutelle, ni *a fortiori* le Parlement. Les données de son rapport d'activité sont ainsi contredites par les comptages manuels des dossiers, comme la Cour a pu en avoir plusieurs illustrations.

2 - Les carences du recouvrement sur les assureurs

Sur la période 2011-2015, dans 818 dossiers d'accidents fautifs, les assureurs n'ont pas fait d'offre à la victime qui a demandé à l'ONIAM de l'indemniser. Après s'être ainsi substitué à un assureur défaillant pour indemniser une victime, l'établissement doit se faire rembourser.

Les démarches qu'il engage à cet effet sont tardives ou inexistantes, à l'issue d'une procédure d'indemnisation qui dure plusieurs années, procurant ainsi un avantage de trésorerie aux assureurs et augmentant les risques d'oubli de mise en recouvrement effective, en l'absence de tout inventaire des créances.

À partir des fichiers transmis à la Cour, sur les 49,5 M€ d'indemnisations réglés entre 2011 et 2015 en substitution aux assureurs, près de 30 M€ n'ont ainsi pas donné lieu à démarche de recouvrement, soit 311 dossiers sur un total de 531.

Le recouvrement sur les anciens centres de transfusion sanguine que doit assurer l'ONIAM depuis 2013 n'est pas plus diligent. Le recouvrement de 4,3 M€ de créances sur l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui gère un centre de transfusion sanguine qui lui est propre, a été abandonné à tort, alors que celle-ci doit assumer l'indemnisation des victimes du VHC puisqu'elle est son propre assureur.

Les remboursements obtenus à compter de 2013 ne dépassent pas 0,8 M€. Pour 10,9 M€, des démarches sont engagées ou en cours de règlement. Pour 17,5 M€, l'examen n'a même pas débuté. Pour 29 M€, l'inventaire des créances n'est pas fiabilisé.

Quand les dossiers sont identifiés, l'office manifeste peu d'empressement à suivre les procédures de recouvrement. Ainsi, des démarches dites « amiables » sont suspendues depuis plusieurs années pour un montant de 11,6 M€.

L'établissement a confié sans base légale à ses avocats le recouvrement des décisions de justice. Il compte régulariser pour l'avenir le dispositif par une convention de mandat⁴⁵, de manière discutable et sans même procéder au préalable à un inventaire de ses créances en croisant les états transmis par les avocats avec les fichiers contentieux.

L'ONIAM a abandonné par ailleurs, depuis 2012, le recouvrement des frais d'expertise que les assureurs des professionnels de santé ou des établissements déclarés fautifs sont tenus de rembourser pour les dossiers pour lesquels ils ont formulé une offre. Les recettes enregistrées à ce titre en 2011 se montent à 0,63 M€ mais ont été nulles au titre de l'exercice 2015. À la suite du départ d'un collaborateur, des cartons de pièces justificatives non ouverts ont été retrouvés et ont à peine commencé à être exploités. Les quelques expertises réalisées dans le cadre de la gestion du Médiateur®, qui représentent une dépense de 40 000 €, n'ont pas été davantage facturées au laboratoire Servier.

Depuis l'intervention de la Cour, l'émission des titres a été relancée, mais 20 % des titres présentent des erreurs. Les créances de 2016 continuent de s'accumuler sans traitement. À ce jour, le montant des recettes de remboursement d'expertise abandonnées dépasse 2 M€. Le conseil d'administration n'a pour autant jamais été appelé à se prononcer

⁴⁵ Autorisée par l'article 40 de la loi du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises et son texte d'application le décret du 3 mai 2016.

sur une procédure d'admission en non-valeur, car les créances d'origine n'ont pas été enregistrées en comptabilité.

L'examen des états financiers fait apparaître un défaut d'enregistrement d'un total de créances supérieur à 92 M€⁴⁶.

3 - Une gestion budgétaire et administrative laxiste

La gestion budgétaire et comptable de l'ONIAM présente de nombreuses faiblesses. Le budget est systématiquement sous-exécuté, ce qui conduit à une surestimation de la dotation de la CNAMTS. Le manque de fiabilité des prévisions a déjà conduit à une réduction en cours d'exercice de la dotation de financement de 35 M€ en 2011, de 20 M€ en 2014 et de 32 M€ en 2015, soit 24 % de la totalité de ses recettes. Malgré les réductions ainsi opérées, les dépenses s'exécutent seulement dans une fourchette de 82 à 89 %. Dans ce contexte, la justification par l'ONIAM de la nécessité de continuer à bénéficier d'une possibilité d'avance du Trésor de 15 M€ pour couvrir un risque de défaillance du laboratoire Servier est peu étayée.

Les charges de personnel ont augmenté fortement entre 2011 et 2015. Les effectifs sont ainsi passés de 77 à 105 équivalents temps plein travaillé.

Le recrutement des cadres a méconnu largement les règles de publicité applicables aux établissements publics. Dans un contexte où ce défaut de publicité a limité les choix, la qualification des agents retenus s'est, dans deux cas, écartée de la fiche de poste initiale et la rémunération accordée s'est, dans un cas, affranchie des grilles salariales réglementaires. La rémunération attribuée s'est alors élevée au double de celle des autres responsables de service sans que l'expérience de l'intéressé puisse justifier un tel traitement.

La commande publique ne fait l'objet d'aucun pilotage et tous les marchés, du plus petit au plus important, présentent au moins une irrégularité au regard du code des marchés publics. De nombreuses dépenses ne font l'objet d'aucune mise en concurrence. Quand celle-ci est effectuée, elle apparaît manifestement insuffisante au regard des pièces produites. L'entreprise la mieux disante est souvent écartée. Les prix ne sont très souvent ni rendus contractuels, ni même déterminables. La procédure de soumission des marchés au conseil d'administration au-delà d'un certain seuil a été complètement perdue de vue. Certains dossiers cumulent les anomalies.

⁴⁶ Il s'agit de 30 M€ de créances non comptabilisées pour les accidents médicaux, 17,5 M€ en instance d'examen pour le VHC, 4,3 M€ de créances sur l'AP-HP, 11,6 M€ en suspens et 29 M€ non identifiés.

Les marchés de conseil en communication

Deux marchés de communication se sont succédé, le premier à compter de 2013, le second à partir de 2016. L'office a recouru à une procédure adaptée, à tort compte tenu de leurs montants, 245 000 € pour le premier et 480 000 € pour le second, soit un total de 725 000 € TTC. Le secteur étant très concurrentiel, 18 dossiers de consultation ont été retirés en 2013, 9 en 2015. Lors de la première consultation en 2013, 9 offres ont été déposées, mais en 2016 aucune entreprise n'a présenté d'offre. Le même consultant retenu dans les deux cas n'a pas retiré de dossier de consultation. N'étant en réalité pas la mieux disante, cette entreprise ne pouvait pas être retenue.

Ces marchés en principe à bons de commande s'exécutent sans émission de tels bons. Les factures, sommaires, ne permettent ni de rapprocher les prestations du contrat et les montants facturés, ni de s'assurer de l'adéquation de la prestation au prix payé.

III - Une remise en ordre impérative

Les dysfonctionnements du dispositif d'indemnisation ont des conséquences lourdes pour les victimes auxquelles la loi du 4 mars 2002 entendait pourtant apporter une réponse plus rapide et plus humaine. Un redressement s'impose sans délai, sauf à risquer une remise en cause des principes sur lesquels la loi a fondé un droit novateur qui a représenté un progrès majeur de solidarité.

A - L'urgence d'un redressement de la gestion de l'ONIAM

Les carences de gestion de l'ONIAM sont d'autant plus anormales que l'établissement a pris dans les faits la direction du système d'indemnisation, absorbant de plus en plus largement au-delà de son rôle propre les fonctions dévolues d'une part à la CNAMed, d'autre part aux CCI.

Le contrat d'objectifs et de performance 2016-2018 que l'établissement a passé avec ses administrations de tutelle n'apparaît pas, et de loin, à la hauteur des enjeux. Pour l'essentiel, les objectifs ne font que reprendre ceux du précédent contrat, que l'office n'a pu atteindre. D'une manière générale, les actions prévues visent à éviter une dégradation supplémentaire de la situation et non son rétablissement, qui doit pourtant être affirmé comme une priorité absolue.

Il est ainsi de la responsabilité des administrations de tutelle de définir les voies et moyens d'un plan de redressement de grande ampleur, dès lors que l'office n'est pas lui-même en mesure de procéder avec méthode et rigueur aux multiples remises en ordre qui s'imposent simultanément.

Ainsi, le système d'information étant incapable de produire des données fiables, les actions de développement prévues ne devraient intervenir qu'après la fiabilisation de sa base, qui n'a pas été décidée.

De même, l'amélioration du taux de recouvrement sera peu probante tant que les recettes ne seront pas enregistrées conformément aux règles de la comptabilité publique. La priorité est d'inventorier de manière exhaustive tous les droits de l'établissement et de réorganiser complètement les procédures de recouvrement.

La réduction des délais d'indemnisation est une obligation qui ne peut se satisfaire d'une offre minimale, expédient en partie destiné à afficher un apparent respect du délai légal. Les clôtures administratives de dossiers sont à proscrire.

L'ensemble des indicateurs de suivi est à revoir. Le suivi du délai global entre le dépôt de la demande et l'envoi de l'offre définitive à la victime, la comparaison avec les délais de première instance des tribunaux pour vérifier le caractère avantageux du dispositif amiable, le suivi du nombre de contentieux des victimes et de leurs motifs, devraient figurer au premier chef parmi ces indicateurs.

Le redressement de la gestion de l'ONIAM apparaît en tout état de cause comme un préalable absolu à l'attribution de toute nouvelle mission à l'établissement. En l'état actuel de sa gestion, il serait aventureux de confier à l'ONIAM la mission d'indemniser les victimes de la Dépakine®, dont l'ampleur et les enjeux seraient encore plus importants que dans l'affaire du Médiateur®⁴⁷.

B - Un rééquilibrage indispensable du dispositif en faveur des victimes

La réussite du dispositif issu de la loi du 4 mars 2002 exige un meilleur accompagnement des victimes et la résolution du problème de pénurie des experts. Il convient également de clarifier le fonctionnement des CCI et de la CNAMed et de recentrer le rôle de l'ONIAM.

⁴⁷ Outre le nombre de victimes potentielles qui pourrait atteindre le double de celui des victimes du Médiateur®, le lien à établir entre l'état de santé constaté et la prise du médicament nécessite des investigations médicales et scientifiques qu'il convient de définir au préalable.

1 - Mieux accompagner les victimes

Aucune assistance n'est proposée à la victime au cours de la procédure, tant au stade de la constitution du dossier que de l'expertise et du calcul de l'offre.

S'il apparaît contraire à l'esprit du dispositif d'imposer le ministère d'avocat, il conviendrait d'encourager le soutien d'une association de victimes ou d'un médecin conseil, afin de rééquilibrer la position de la victime aujourd'hui isolée face aux professionnels de santé.

Faute d'un nombre suffisant d'experts qualifiés et bien répartis sur le territoire, les victimes sont contraintes de prendre en charge des frais importants de transport, souvent en ambulance ou en VSL, pour se rendre sur le lieu de l'expertise, puisque l'expertise n'est pas considérée comme un acte de soin. La possibilité d'une prise en charge forfaitaire sur le fonds d'action sociale de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pourrait être, le cas échéant, étudiée.

La dématérialisation des échanges faciliterait la transmission des justificatifs que les établissements et professionnels de santé mis en cause, les victimes et les organismes de protection sociale sont invités à produire à plusieurs étapes de la procédure amiable. La création d'une plateforme de téléchargement sécurisé d'un dossier type de demande d'indemnisation constituerait à cet égard une avancée. À chaque étape de la procédure, les intervenants pourraient y déposer les documents demandés, numérisés.

L'accès au dossier médical, qui fait partie intégrante du droit des malades, s'avère difficile. Devant les réticences des établissements et professionnels de santé, un système d'astreinte, voire le cas échéant un délit d'entrave, pourrait être instauré, l'absence de production dans un délai à déterminer d'un à deux mois après la demande étant sanctionné par une amende.

2 - Constituer un vivier suffisant d'experts

Au-delà de la question de la qualité de l'expertise, la rareté des experts, notamment dans des spécialités pointues, pèse sur les délais d'instruction des CCI.

Plusieurs solutions existent, de la liberté de recrutement par les présidents de CCI à la suppression de la liste de la CNAMed.

Dans la première hypothèse, les présidents de CCI pourraient faire appel à des médecins non inscrits, en motivant le recours à un médecin hors liste. La première mission qui leur serait confiée ouvrirait une période probatoire d'un ou deux ans, au terme de laquelle toute nouvelle mission serait conditionnée à l'agrément de la CNAMed.

L'autre solution consisterait à retenir la liste des experts judiciaires en revalorisant progressivement les tarifs des expertises par référence à ceux appliqués par les juridictions administratives, par redéploiement au sein du budget de l'ONIAM. La CNAMed se recentrerait alors sur la formation des experts et la vérification de la qualité des expertises. Elle devrait aussi s'assurer de la prévention des conflits d'intérêts dont les règles seraient à aligner sur celles de l'expertise sanitaire. Il convient en effet de généraliser la publication des déclarations d'intérêts et de faire vérifier systématiquement par les présidents de CCI l'absence de liens d'intérêts avec l'une des parties ou avec l'ONIAM.

3 - Clarifier le rôle et le fonctionnement des CCI, de la CNAMed et de l'ONIAM

À dispositif constant, l'autorité de la CNAMed, son rôle de clef de voûte de l'ensemble du dispositif et son articulation tant avec les CCI qu'avec l'ONIAM sont à renforcer très fortement.

La CNAMed serait ainsi appelée à devenir, au moins fonctionnellement, la tête d'un ensemble dont les CCI seraient la composante territorialisée, en adaptant leur ressort géographique à la nouvelle carte des régions. Chargée de la coordination entre elles, elle veillerait à la qualité et à la performance du dispositif d'indemnisation. Le président de la CNAMed en assurerait le suivi par la fixation d'objectifs aux présidents de CCI lors de leur évaluation. En outre, il lui appartiendrait de conduire le dialogue de gestion avec l'ONIAM de manière à faire cesser le fonctionnement actuel où les présidents de CCI sont soumis pour l'allocation de leurs moyens au bon vouloir de son directeur.

Une autre voie de réforme, plus structurelle, consisterait en un alignement institutionnel sur l'organisation mise en place pour la gestion du Médiateur®. Un conseil d'orientation se substituerait à la CNAMed et une CCI unique fonctionnerait avec des sections délocalisées. Le statut juridique des CCI pourrait être précisé, et la présidence du conseil d'orientation distinguée de celle du conseil d'administration de l'ONIAM.

En tout état de cause, une mesure essentielle pour la clarification du rôle des différents acteurs consiste dans l'arrêt du réexamen des avis favorables des CCI par l'ONIAM. Cette pratique, qui s'assimile à celle d'un assureur de marché, n'entre pas dans les attributions confiées à l'ONIAM. Le législateur devrait à tout le moins être invité à clarifier le statut des avis des CCI.

Si ce réexamen était admis, il devrait être réservé à quelques cas topiques, l'ONIAM se limitant à transmettre un recours gracieux dûment motivé à une instance à déterminer, qui pourrait être la CNAMed. Raréfiés par l'obligation de motivation, les recours de l'ONIAM seraient ainsi traités de manière publique et contradictoire, comme c'est le cas de l'avis rendu par les CCI.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le droit à réparation de l'aléa thérapeutique représente un progrès considérable pour les victimes. Il doit leur être garanti.

Quinze ans après la promulgation de la loi du 4 mars 2002 qui l'a institué, son exercice est très éloigné des objectifs initiaux et s'avère particulièrement décevant, comme en témoigne le nombre limité de bénéficiaires. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : des conditions d'accès strictes à la procédure amiable ; des délais de traitement plus longs que ceux d'une première instance devant les tribunaux ; une conception extensive de son rôle par l'ONIAM le conduisant à réformer les avis des CCI pourtant notifiés aux victimes ; un niveau d'indemnisation peu attractif par rapport aux décisions du juge judiciaire, même s'il est analogue à celles du juge administratif. Le dispositif mis en place apparaît en échec.

Les graves défaillances de gestion de l'ONIAM pèsent en outre lourdement sur son bon fonctionnement au détriment des victimes et de l'intérêt public dont la protection était au cœur de ses missions.

Ces constats engagent la responsabilité des administrations de tutelle dont la vigilance et les exigences n'ont pas été à la hauteur d'enjeux majeurs.

Laisser perdurer le désarroi, sinon l'amertume, des victimes confrontées à un dispositif aux résultats si décevants saperait dans ses fondements un droit novateur et ambitieux.

Au-delà du redressement urgent de la gestion de l'ONIAM qui suppose une détermination sans faille de la part du ministère de la santé et du ministère de la justice, restaurer l'attractivité et l'efficacité de l'indemnisation amiable exige un meilleur accompagnement des victimes, une clarification et un rééquilibrage indispensables du rôle et du positionnement, aujourd'hui complètement déformés par rapport au schéma initial, des trois acteurs – CNAMed, CCI, ONIAM –, sur la bonne articulation desquels repose toute l'ambition d'une indemnisation selon une procédure à la fois accessible, rapide, transparente, impartiale et humaine.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

- 1. restaurer la logique institutionnelle initiale du dispositif d'indemnisation amiable en recourant à la loi pour affirmer l'opposabilité des avis des CCI à l'ONIAM et pour confier à la CNAMed un triple rôle de garant de la qualité de l'expertise, d'harmonisation de la jurisprudence des CCI et d'instance d'appel des avis de ces dernières ;*
 - 2. supprimer la liste nationale d'experts médicaux en l'alignant sur celle des experts judiciaires et en veillant à l'attractivité de leur exercice auprès des CCI et en organisant leur formation continue ;*
 - 3. doter la CNAMed d'un budget propre pour assurer son fonctionnement et celui des CCI ;*
 - 4. faciliter l'accès de la victime à l'indemnisation amiable en créant une plateforme de téléchargement sécurisé de toutes les pièces de la procédure à toutes les étapes, en instaurant un système d'astreinte en cas de retard, voire d'amende pénale en cas d'obstruction à l'accès au dossier médical, et en examinant l'éventualité d'une prise en charge forfaitaire des déplacements liés à l'expertise sur le fonds d'action sociale de la CNAMTS ;*
 - 5. définir et mettre en œuvre sans délai un plan de redressement de la gestion de l'ONIAM, préalable à toute nouvelle attribution de mission.*
-

Réponses

Réponse du Premier ministre	96
Réponse commune de la présidente du conseil d'administration et du directeur de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)	101
Réponse du président de la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed).....	106
Réponse commune des présidents des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI)	110
Réponse commune des co-présidents du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) et de la présidente de la Fédération des AVIAM de France.....	112

RÉPONSE DU PREMIER MINISTRE

J'ai pris connaissance avec un intérêt particulier des constats et critiques formulés par la Cour concernant les problèmes de gestion de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) ainsi que les marges de progrès concernant son efficacité, rejoignant et étayant pour l'essentiel les constatations des ministères de tutelle. Il apparaît en effet indispensable de procéder à une remise en ordre rapide de l'établissement.

Cette insertion appelle par ailleurs un certain nombre de remarques et précisions.

I - Sur le dispositif et ses principes fondateurs

Je souscris pleinement à l'attachement, souligné par la Cour, aux principes qui ont présidé à la création d'un dispositif d'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux et attache la plus grande importance à la qualité et à la célérité du processus.

La Cour considère que le fonctionnement actuel du dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux marque une dérive par rapport à l'ambition de la loi du 4 mars 2002.

Cette appréciation conduit cependant la Cour à formuler des propositions susceptibles de remettre en cause l'équilibre du dispositif et qui ne me paraissent pas opportunes.

La Cour remet tout d'abord en question le seuil de gravité applicable au dispositif. Il convient de rappeler que ce seuil ne s'applique que pour l'indemnisation par l'ONIAM ; le dispositif de conciliation géré par les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) peut s'appliquer à tous les accidents médicaux fautifs, que le seuil de gravité soit atteint ou non. En outre, la fixation d'un tel seuil correspond aux équilibres et contraintes attachés à un dispositif fondé sur la solidarité nationale qui apporte en priorité son concours aux situations les plus graves (étant entendu que les voies juridictionnelles de droit commun demeurent ouvertes). Abaisser le seuil de gravité pour l'indemnisation par l'ONIAM aggraverait donc la charge de ces commissions au détriment des délais de traitement des dossiers, en contradiction avec l'objectif de restauration de l'attractivité du dispositif.

La Cour déplore ensuite le fait que l'ONIAM ne suive pas certains avis des CCI. Cette possibilité résulte néanmoins de la jurisprudence uniforme de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat, en application de l'article L. 1142-8 du code de la santé publique, qui considère que les CCI

sont des commissions administratives consultatives ayant pour mission de faciliter un éventuel règlement amiable des accidents médicaux, leurs avis étant des actes préparatoires ne faisant pas grief. Par ailleurs, si elle devait être envisagée pour l'ONIAM, la suppression de cette possibilité de contestation devrait également s'appliquer à la partie mise en cause, ce qui irait à l'encontre du caractère amiable de la procédure. Enfin, dans la pratique, il convient d'observer que la qualité inégale des expertises et des avis eux-mêmes, pointée par ailleurs par la Cour, peut justifier le réexamen de certains avis.

La nature des avis émis par les CCI n'a donc pas à être modifiée, notamment par la loi, au risque de compliquer le traitement des réclamations. Néanmoins, ces réexamens sont, comme le relève la Cour, à l'origine d'une grande incompréhension de la part des victimes qui ont souvent déjà connu une procédure longue et pénible. Il m'apparaît en conséquence pertinent d'en limiter le nombre, en les réservant aux erreurs manifestes d'appréciation des CCI et en renforçant l'action de l'ONIAM en amont, dès l'examen des dossiers en CCI, ce qui permettra en outre de libérer des moyens humains. La Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) pourrait également faire usage de son pouvoir de recommandation en encadrant le réexamen par l'ONIAM des avis des CCI. Il n'est donc pas nécessaire de modifier les textes en vigueur mais de rénover leur mise en œuvre.

Le Gouvernement partage en revanche le constat selon lequel la CNAMed n'a pas pris toute la place qui devrait être la sienne. C'est ce qui a conduit la Ministre des affaires sociales et de la santé à adresser le 12 octobre 2015 une lettre de mission à son nouveau président, lui demandant de veiller à l'inscription en nombre suffisant d'experts agréés sur la liste nationale, et d'user de manière plus appuyée du pouvoir de recommandation de la CNAMed afin de procéder à une évaluation des présidents des commissions d'indemnisation et de conciliation (CCI) sur la base d'objectifs précis. A cet effet, il est prévu de renforcer les moyens propres du président de la CNAMed, étant précisé que la direction générale de la santé, qui assure le secrétariat de cette commission, alloue à son fonctionnement non pas 0,25 équivalent temps plein (ETP), mais bien près de deux ETP. Quant à la vacance de huit mois de cette commission, elle ne tient pas à un désintérêt des tutelles, mais à l'extrême difficulté d'atteindre la parité stricte dans les nominations au regard de l'étroitesse du vivier.

En tout état de cause, la suppression de la liste nationale d'experts médicaux en l'alignant sur celle des experts judiciaires n'aurait pas de sens, dans la mesure où le législateur vient de permettre à la CNAMed de

porter sur la liste nationale des experts non-inscrits sur la liste des experts judiciaires et de faciliter l'obtention de l'agrément en promouvant la prise en compte des acquis de l'expérience au travers d'une inscription probatoire.

II - Sur les défaillances de gestion de l'établissement

Le contrôle a mis en évidence de graves et incontestables défaillances de l'ONIAM dans la mise en œuvre des procédures et une accumulation d'irrégularités dans la gestion et les comptes. Ces dysfonctionnements, tardivement identifiés, ont fait l'objet de réponses immédiates une fois leur ampleur révélée.

Lors du précédent contrôle réalisé en 2013, soit un peu plus de deux ans seulement avant le lancement de cette nouvelle enquête, de telles irrégularités n'avaient en effet pas été relevées par la Cour. De même, le rapport d'audit de novembre 2012 réalisé par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), la mission nationale d'audit de la direction générale des finances publiques (DGFIP) et la mission d'audit interne des ministères chargés des affaires sociales, n'avait pas porté une appréciation à la hauteur des difficultés aujourd'hui relevées.

Les services de l'Etat ont alerté la Cour, en amont de son contrôle, sur les points de vigilance qui ont fait l'objet des observations du présent rapport. Les autorités de tutelle se sont en effet heurtées à de grandes difficultés d'accès à une information fiable provenant de l'établissement, la Cour reconnaissant avoir elle-même rencontré des difficultés similaires malgré ses pouvoirs de contrôle étendus. A ce titre, la direction du budget et la direction de la sécurité sociale ont, à plusieurs reprises, exprimé oralement et par écrit leur volonté que l'établissement se mette en capacité de prévoir de façon plus exacte ses dépenses⁴⁸ et qu'il communique aux tutelles des informations détaillées sur l'activité de l'établissement. En avril 2016, la direction du budget a également demandé par écrit à l'établissement de « présenter aux tutelles un plan d'actions correctrices détaillé visant à assurer la qualité du suivi des marchés publics à l'ONIAM », qui n'a donné aucune suite de la part de l'établissement.

Par ailleurs, la ministre des affaires sociales et de la santé a saisi l'inspection générale des affaires sociales le 12 janvier 2016 d'une mission relative aux modalités d'indemnisation par l'ONIAM. Le rapport de l'inspection est actuellement en phase contradictoire.

⁴⁸ Cf. par exemple le courrier du 24 juin 2016 adressé par la direction du budget au directeur de l'établissement.

La volonté des tutelles de remettre en ordre la gestion de l'établissement est d'ailleurs manifeste dans le contrat d'objectifs et de performance (COP) négocié avec l'ONIAM pour la période 2016-2018 et signé en mai 2016. Celui-ci prévoit ainsi plusieurs actions spécifiques qui répondent d'ores et déjà aux principales constatations de la Cour :

- *amélioration des délais d'indemnisation des offres définitives, notamment par la mise en place d'une politique généralisée de relance et la conclusion d'une convention de partenariat entre l'ONIAM et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) visant à réduire les délais de transmission par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des éléments utiles à l'indemnisation par l'ONIAM – cette convention a été signée en novembre 2016 (action 1.2) ;*
- *amélioration du recouvrement avec l'établissement d'un plan de suivi du recouvrement et une analyse des créances non recouvrées (action 2.2) S'agissant des créances sur frais d'expertise restées en attente de traitement, un plan de mise en recouvrement a été instauré à la demande de la tutelle dès que celle-ci a été informée par la Cour de cette situation ;*
- *amélioration de la qualité de l'expertise en lien avec la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed) (action 1.2.3) ;*
- *amélioration de la qualité de la prévision budgétaire avec un suivi des dépenses et une justification de tous les écarts observés (action 2.1) ;*
- *mise en œuvre du contrôle interne avec l'actualisation et la transmission aux tutelles des documents de procédure et de contrôle interne (action 2.4) ;*
- *remise à niveau des systèmes d'information, une priorité étant donnée à SICOF (action 2.5) ;*
- *revue exhaustive des indicateurs de gestion et de leur mode de calcul pour améliorer leur fiabilité (action 2.6).*

Compte tenu de l'importance des dysfonctionnements relevés par la Cour, les tutelles ont pris dès l'automne 2016 plusieurs mesures immédiates.

Le Gouvernement est en effet pleinement mobilisé pour réformer l'ONIAM et renouveler sa gouvernance.

Le ministre de l'économie et des finances et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics ont demandé, conformément à la requête du Procureur général près la Cour, une intervention de la mission nationale d'audit de la direction générale des finances publiques, spécifiquement sur la question du recouvrement des créances et de la tenue de la comptabilité. Un plan d'action sera établi très rapidement pour remédier aux dysfonctionnements relevés par la Cour. Ce plan sera approuvé et suivi par la direction générale des finances publiques, qui appuiera l'agence comptable de l'ONIAM dans sa mise en œuvre. Par ailleurs, conformément à la requête du Procureur général, les effectifs de l'agence comptable de l'ONIAM seront ponctuellement renforcés, dans l'attente d'un rétablissement de procédures de recouvrement des recettes efficaces et conformes aux règles de la comptabilité publique. Des recommandations de contrôle renforcé ont enfin été adressées au contrôleur général économique et financier, concernant spécifiquement la commande publique et le recrutement des cadres.

L'inspection générale des affaires sociales a enfin été missionnée par la ministre des affaires sociales et de la santé dans le cadre de la mise en place du Fonds d'indemnisation des victimes du valproate de sodium et de ses dérivés par la loi de finances pour 2017, pour piloter un comité associant les différentes parties prenantes et proposer un plan d'action complémentaire au COP pour le 1er mars 2017 visant à l'amélioration des procédures d'indemnisation.

Dans le cadre de cette remise en ordre, une attention particulière sera accordée à la maîtrise des risques opérationnels, ce qui nécessitera en priorité de conduire des travaux pour :

- *réorganiser et formaliser toutes les opérations de dépense et de recette, dans le strict respect du principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable ;*
- *réorganiser et formaliser la procédure de passation des marchés publics, dans le strict respect des règles du droit de la commande publique et préalablement à toute nouvelle passation de marché et engagement de dépense ;*
- *fiabiliser les données et formaliser l'ensemble des procédures et des documents indispensables à l'effectivité du suivi de l'activité et du contrôle interne.*

Ces travaux s'appuieront sur les recommandations de la Cour et feront l'objet d'un suivi étroit des tutelles, appuyées par l'inspection générale des affaires sociales.

Le Gouvernement a donc pleinement pris la mesure des enjeux qui s'attachent à la gestion de l'ONIAM et considère que les différentes mesures rappelées ici sont de nature à sécuriser l'adossement à l'Office de ce nouveau dispositif d'indemnisation, seule option qui garantit sur le moyen terme la lisibilité globale et l'équité des mécanismes d'indemnisation amiable des dommages d'origine sanitaire.

**RÉPONSE COMMUNE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR DE L'OFFICE
NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX,
DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS
NOSOCOMIALES (ONIAM)**

L'ONIAM répartit les moyens en fonction des besoins et non de façon discrétionnaire

Outre sa mission d'indemniser les accidents médicaux non fautifs, l'ONIAM est chargé par la loi du 4 mars 2002 de mettre à disposition des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), qui n'ont pas la personnalité morale, des moyens de fonctionnement. La Cour estime que l'ONIAM alloue ces moyens de façon discrétionnaire et sans dialogue de gestion. Bien au contraire, depuis 2012, les ratios utilisés par la Cour elle-même pour mesurer la charge de travail par agent dans chaque pôle de CCI sont calculés par l'établissement et diffusés aux présidents de CCI. De manière générale un dialogue de gestion avec les différentes CCI est organisé chaque année.

Les refus de l'ONIAM de suivre une minorité d'avis de CCI sont parfaitement fondés en droit

L'ONIAM s'écarte, dans une proportion bien moindre que les assureurs (8,5% en moyenne), des avis de CCI lorsqu'il estime que le droit à indemnisation n'est pas établi. Or, la Cour estime que l'ONIAM se serait ainsi arrogé un droit de révision des avis des CCI à partir d'un avis du Conseil d'État du 10 octobre 2007 et d'une jurisprudence convergente de la Cour de cassation.

Mais dès lors que les plus hautes juridictions compétentes ont validé l'interprétation de la loi que fait l'ONIAM, l'établissement ne s'est en rien « arrogé » un quelconque droit et veille simplement à appliquer la loi.

Il faut ainsi rappeler que ces refus de l'ONIAM de suivre les avis des CCI sont exclusivement fondés sur des éléments de droit (absence du critère d'anormalité de l'accident médical non fautif, absence de lien de causalité...) et ne sont en aucune façon guidés par une préoccupation financière de limitation de charge comme le suggère la Cour.

Cette procédure de réexamen est une garantie de saine gestion des deniers publics, dès lors qu'elle évite de faire supporter à la solidarité nationale des indemnisations qui auraient, autrement, été versées à tort ce qui est confirmé par le fait que 95% des contentieux formés contre ces refus de l'ONIAM soient rejetés.

Une extension du rôle de l'ONIAM rendue nécessaire par l'effacement de la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed)

La Cour indique que la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMed), chargée de veiller à l'évaluation du dispositif et à l'harmonisation des pratiques des CCI n'a que peu joué ce rôle depuis sa création. Elle indique ensuite, à tort, que l'ONIAM se serait peu à peu substitué à la CNAMed en profitant de son effacement pour « imposer ses vues aux CCI en amont de l'instruction des dossiers ».

Il n'en est rien. Si, à compter de 2013, et conformément d'ailleurs au contrat d'objectifs et de performance conclu entre l'ONIAM et l'Etat, des groupes de travail s'appuyant sur la logistique de l'ONIAM ont été organisés autour de deux thèmes par an, ils étaient présidés par des présidents de CCI (et non par l'ONIAM).

De même, si l'ONIAM a négocié, en 2013, avec la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) un protocole d'accord pour recruter des experts, la CNAMed est signataire à part entière de ce même protocole et cette initiative avait pour seul but de pallier la pénurie d'experts conventionnés.

Un dispositif dit « en échec » par la Cour alors que le dispositif, créé en 2002, traite désormais plus de la moitié des accidents médicaux graves

Cette appréciation est démentie par les chiffres : depuis la création du dispositif, le nombre de saisines des CCI n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2015. Si cette année a effectivement enregistré un léger tassement, la tendance à la hausse a repris avec une augmentation de 10% en 2016.

95% des offres présentées par l'ONIAM aux victimes sont acceptées et, corrélativement, le flux de contentieux est stabilisé.

Un délai d'indemnisation inférieur à celui des juridictions contrairement à ce qu'indique la Cour

Afin de respecter le délai légal de quatre mois de présentation des offres figurant à l'article L. 1142-17 alinéa 1 du code de la santé publique, l'ONIAM présente des offres dites partielles pour les postes de préjudices non soumis aux recours de tiers.

En effet, concernant les postes soumis aux recours des tiers payeurs, les délais de recueil des pièces nécessaires à la présentation des offres lui sont imposés soit par le retard des tiers payeurs dans la transmission de leurs créances soit parfois par celui des victimes elles-mêmes qui tardent à transmettre les pièces nécessaires.

Pour accélérer la présentation du complément des offres sur les autres postes, de manière à formaliser des offres définitives, l'ONIAM généralisera, grâce à l'évolution en cours de son système d'information, une pratique systématique de relances et a conclu, le 2 novembre 2016, une convention avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour réduire les délais de communication des créances par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Par ailleurs, la Cour indique que le délai moyen d'indemnisation définitive d'une victime est de 2,9 ans par le dispositif d'indemnisation amiable alors qu'il ne serait que de 2 ans au contentieux.

Mais la méthodologie de comparaison avec les juridictions est irrecevable :

Elle n'établit pas de distinction entre les procédures de référé expertise seuls, les procédures de référés provision et les procédures de référés expertise et provision. Or un référé expertise conduit rapidement au prononcé d'une mesure d'expertise par ordonnance mais le délai rapporté n'intègre pas la durée de l'expertise (plusieurs mois) alors qu'elle est intégrée dans le délai CCI.

Les délais rapportés ne tiennent pas compte du fait qu'une affaire en référé et au fond peut faire l'objet d'un appel, puis d'un pourvoi avec éventuel renvoi devant la juridiction d'appel, ce qui peut allonger significativement une procédure. Or, contrairement à ce qu'indique la Cour, une comparaison objective des délais ne peut être réalisée qu'en comparant les délais d'indemnisation acquise à la victime. De ce point de vue, l'offre de l'ONIAM, une fois acceptée, ne peut plus être remise en cause ni par son bénéficiaire ni par l'ONIAM. A contrario, dans le champ contentieux, l'offre peut être contestée jusqu'à épuisement des voies de recours et donc des appels. A cet égard, il ressort des chiffres fournis par le Ministère de la Justice lui-même que le pourcentage moyen d'appel

frappant les décisions de première instance statuant au fond est de 44,5% sur les années 2012 à 2014.

Le nombre de saisines des CCI est à nouveau en croissance en 2016 (+10%), et la stabilisation des contentieux formés à l'encontre de l'ONIAM depuis fin 2015, confirment l'efficacité du dispositif.

Un système d'information longtemps problématique mais en voie de finalisation

La Cour indique que le système d'information métier de l'ONIAM/CCI dénommé SICOF est « onéreux, inadapté et inefficace ».

Le déploiement de ce nouveau système d'information, sans analyse suffisante des besoins fonctionnels des services par l'établissement, et avec une sous-estimation de la charge de travail par le prestataire initial, a coûté 0,5M€ entre 2008 et 2011. Cet investissement rendait difficile un changement de stratégie en la matière, d'autant que l'audit externe commandé, en 2011, par la nouvelle direction a confirmé la validité technique de l'outil mais suggéré une évolution significative de la méthode de pilotage et une accélération du déploiement. Celui-ci s'est heurté à des difficultés techniques majeures de 2013 à fin 2014 ; difficultés qui sont désormais surmontées.

La fiabilité des extractions, critiquée par la Cour, sera donc ainsi rétablie dès 2017 au terme d'un travail approfondi en cours.

Une efficacité du recouvrement à améliorer

La Cour estime que les recours contre les assureurs devraient être formés dès le paiement d'offres partielles sans attendre la présentation d'offres définitives. L'ONIAM estime au contraire, depuis sa création en 2002, que ces recours doivent être initiés lorsque le dossier est clos pour que la discussion porte en un seul temps sur l'ensemble des éléments du dossier. Une démarche inverse multiplierait les coûts de procédure et pourrait s'avérer contre-productive pour les victimes : la décision de justice serait susceptible d'intervenir avant la fin du processus d'indemnisation et pourrait en remettre en cause le principe même.

La Cour note que l'examen des états financiers fait apparaître un défaut d'enregistrement d'un total de créances supérieur à 92 M€. L'ONIAM a fourni à la Cour une décomposition des différents stades auxquels se situent aujourd'hui les recours concernés. Il convient d'ailleurs de souligner que le recouvrement des créances sur exercices antérieurs est passé de 4,6M€ en 2012 à 13,2M€ en 2015. On ne saurait donc faire état d'un manque d'empressement des services à mener des démarches de recouvrement.

Pour autant, et conformément à la recommandation de la Cour, l'ONIAM procédera à un transfert du recouvrement à l'agence comptable qui dressera notamment un inventaire approfondi des procédures de recouvrement en cours et s'est vu doté, à compter de 2017, d'un emploi supplémentaire à l'agence comptable pour ce faire.

Une surestimation du budget en voie de réduction

La prévision budgétaire est rendue difficile par la variabilité de la valeur des indemnisations à verser d'une année sur l'autre et par la difficulté d'anticiper le montant des décisions de justice. Comme le reconnaît cependant la Cour, ces écarts sont en forte réduction ces dernières années et l'établissement poursuit ses efforts en la matière notamment par la mise en place d'outils de contrôle de gestion.

L'augmentation des charges de personnel

La Cour note que le nombre d'emplois a augmenté de 77 à 107 entre 2011 et 2015 en omettant de mentionner qu'entre ces mêmes dates l'établissement s'est vu doté de nouvelles missions (et notamment de celle relative à l'instruction des demandes d'indemnisation au titre du benfluorex). Il a donc dû compenser la sous-dotation en fonctions support et faire face à un doublement du volume des contentieux, facteurs justifiant ces dotations supplémentaires. Il a été ramené à 102 en 2016.

Le pilotage de la commande publique

Le défaut de mise en concurrence pour un certain nombre de prestations de fonctionnement, qui était quasi-général en 2011 sans que le rapport de la Cour de 2012 n'en fasse aucunement état, a justement fait l'objet, en 2013 et 2014, d'un important effort de mise en concurrence progressive par un service aux effectifs très contraints. Cela a ramené, comme le reconnaît la Cour, le nombre de prestations hors mise en concurrence à 4 en 2016.

L'ONIAM a, par ailleurs, pris bonne note des autres recommandations des rapporteurs en matière de meilleure formalisation et de traçabilité des différents documents et a d'ores et déjà mis en place les actions nécessaires. Il sera par ailleurs proposé au conseil d'administration de mettre en place une commission consultative des marchés associant un membre de cette instance, le contrôleur général économique et financier ainsi qu'un membre externe à l'établissement.

S'agissant du marché de communication cité par la Cour, l'ONIAM maintient que, conformément au guide des bonnes pratiques en matière de marchés publics du ministère des finances, il lui était légalement loisible de retenir une méthode de classement des propositions financières différente de celle présentée par la Cour.

Par ailleurs, si l'entreprise choisie n'était pas la moins disante, c'est en raison des autres critères de choix figurant dans le règlement de marchés portant sur la qualité des prestations proposées.

Conclusion

La mission première de l'établissement est, dans le cadre des moyens qui lui sont alloués, d'indemniser de la façon la plus équitable et rapide possible les victimes des différents types d'accidents médicaux pour lesquels il est compétent. Pour les raisons développées dans la présente réponse, l'ONIAM ne partage pas l'évaluation du dispositif telle que réalisée par la Cour et estime que, même s'il est perfectible, ce dispositif a atteint ses objectifs.

L'établissement est néanmoins conscient des marges de progrès existantes dans les délais de présentation des offres et l'amélioration de l'accompagnement des victimes. S'agissant des fonctions supports, l'établissement a d'ores et déjà mis en place la plupart des mesures correctrices dans les domaines des systèmes d'information, du suivi statistique, et de la prévision budgétaire. Les mesures visant à l'amélioration du recouvrement des créances et du pilotage de la commande publique sont enfin, dans le cadre des recommandations de la Cour, d'ores et déjà en cours.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE LA COMMISSION NATIONALE DES ACCIDENTS MÉDICAUX (CNAMED)

La Cour relève « une dérive de l'équilibre institutionnel initial » (I. C.) et « l'effacement de la CNAMed » (I. C. 2.), soulignant en particulier que celle-ci « n'a pas réussi à établir une liste suffisante d'experts médicaux » et « ne s'acquitte pas de l'obligation d'évaluation de l'ensemble du dispositif que lui confie la loi, sinon par la collecte de données purement quantitatives ». A l'exception d'un faible effectif mis à disposition par la direction générale de la santé, elle souligne les effets de l'absence de moyen propre alloué à la Commission (I. C. 2. paragraphe 4).

Sur le premier point la Cour dresse le constat d'une liste nationale d'experts en accidents médicaux insuffisante, conduisant les présidents de CCI à désigner significativement des experts « hors liste ».

Cette situation résulte d'un ensemble de données identifiées de longue date par la CNAMed dont la résolution est grandement tributaire de moyens ou comportements indépendants de ses moyens d'action ou prérogatives :

- *l'allégation par les candidats de devoir constituer un dossier important et complexe (en réalité les pièces demandées sont équivalentes à celles exigées pour une inscription sur une liste de cour d'appel !)* ;
- *la faiblesse de la rémunération des expertises ordonnées par les CCI (il convient en effet sans délai de relever le niveau de rémunération à celui pratiqué par les juridictions administratives ou judiciaires, l'investissement de l'expert et les qualifications requises comparables le justifient sans réserve)* ;
- *la nécessité dans laquelle se trouvent les présidents de CCI de désigner fréquemment des experts « hors liste » renforce paradoxalement l'idée du défaut d'intérêt d'une inscription sur la liste nationale des accidents médicaux, tant pour les experts ainsi désignés que pour les autres candidats potentiels (L'exigence d'une motivation pour de telles désignations, d'une part, une incitation par les présidents de CCI à constituer un dossier, d'autre part, permettrait de remédier sensiblement à cette difficulté)* ;
- *la rareté des experts dans certaines régions du territoire et (ou) dans des spécialités pointues.*

Le législateur de 2002 a institué une liste nationale d'experts en accidents médicaux (art. L. 1142-10 du CSP) dont l'élaboration et l'actualisation ont été confiées à la CNAMed. L'inscription est subordonnée à la vérification, à l'égard du candidat, d'une compétence avérée en matière de responsabilité médicale et d'une pratique significative et de haut niveau d'une spécialité médicale.

A cet égard, à droit et moyens constants, la première hypothèse évoquée par la Cour (III. B. 2., avant dernier paragraphe) permettrait raisonnablement de parvenir, à distance de 2 ou 3 ans, à l'élaboration d'une liste « CNAMed » plus étoffée, dans le respect des critères qualitatifs sus rappelés. Le niveau des résultats obtenus sera également tributaire de l'investissement personnel des présidents de CCI en direction des experts « hors liste » actuellement désignés.

La seconde solution, privilégiée par la Cour (III. B. 2. dernier paragraphe), formalisée à la recommandation n° 2., dont la simplicité et la nouveauté sont incontestables, nécessite des moyens humains et

budgétaires, particulièrement pour assurer la formation continue des experts et la mise en place d'un dispositif de concertation et de dialogue entre les cours d'appel et la CNAMed.

Sur le second point relatif à la mission d'harmonisation des pratiques, il importe de rappeler que depuis sa création, la CNAMed a mis en place des groupes de travail destinés à répondre aux missions confiées par le législateur. Les conclusions de ces groupes, composés de membres de la CNAMed mais aussi de présidents de CCI et de membres qualifiés de l'ONIAM, ont donné lieu à la rédaction de recommandations ou propositions (suivies d'effets au moins partiels) et tendant à :

- l'harmonisation des missions d'expertise afin d'en renforcer la qualité et de garantir le traitement égalitaire des victimes ;*
- l'élaboration d'un livret de l'expert lui rappelant son rôle, les procédures à suivre et, en particulier le caractère contradictoire de l'expertise ;*
- la prise en charge par l'ONIAM des frais de médecins ou d'avocats de la victime ;*
- la prise en charge par l'ONIAM des frais de déplacement des victimes ou des experts ;*
- l'harmonisation des conditions d'accès aux CCI et l'évaluation des postes des préjudices (nomenclature Dintilhac). (La loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 a répondu à ces attentes) ;*
- la modification du règlement intérieur type des CCI 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 (ce qui a été réalisé par un arrêté du 2 mars 2007) ;*
- au 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 ;*
- la possibilité pour un président de CCI de s'adjoindre le conseil d'un médecin afin d'étudier la recevabilité de la demande en fonction des caractères de gravité ;*
- la réduction des délais des avis des CCI en offrant notamment la possibilité de créer plusieurs commissions régionales par région ;*

- *la loi du 12 mai précitée a modifié en ce sens l'article L. 1142-5 du code de la santé publique ;*
- *faciliter l'accès des membres de la CNAMed aux avis des CCI couverts par le secret médical ;*
- *l'élaboration d'une trame d'avis positifs par les CCI ;*
- *la motivation du refus de suivre un avis de CCI (ONIAM, et assureurs), etc.*

Dans la continuité de ces travaux, la CNAMed issue de l'arrêté du 8 octobre 2015 a décidé, en accord avec ses partenaires, de poursuivre la mise en place de groupes de travail (CNAMed, CCI et ONIAM), consacrés aux divergences constatées dans les avis rendus par les CCI sur des thèmes juridiques et techniques, tels l'évaluation de l'aide humaine, la notion d'arrêt de travail, le critère d'anormalité, l'état pathologique antérieur, etc. Les travaux de ces groupes auront vocation à être valorisés par la rédaction de recommandations ou propositions.

Au cours des années écoulées, notamment à l'occasion de la rédaction des rapports annuels, la CNAMed a constamment déploré le caractère non contraignant des recommandations élaborées, particulièrement en direction des CCI. Le positionnement de la Commission suggéré et encouragé par la Cour des comptes (III. B. 3. paragraphe 2), les attributions susceptibles d'être confiées au président de la CNAMed ainsi que l'allocation d'un budget de fonctionnement et de moyens humains suffisants, sont de nature à renforcer notablement l'effectivité des objectifs et bonnes pratiques définies et formalisées dans ces recommandations.

Enfin, la Cour des comptes (recommandations n° 1) préconise l'opposabilité des avis des CCI à l'ONIAM, ce pour les motifs exposés au II. C. 1. de l'insertion.

La CNAMed observe que le législateur de 2002 a organisé un dispositif d'indemnisation amiable, gratuit, rapide et équitable des préjudices subis par la victime d'un accident médical, particulièrement en l'absence de faute, dont les conséquences sont alors prises en charge par la collectivité (via l'ONIAM).

L'opposabilité de plein droit des avis des CCI à l'ONIAM, en de rares cas, il est vrai, peut poser difficultés. Aussi, « une opposabilité encadrée » arbitrée par la CNAMed, pourrait être envisagée en ce que, dans des conditions strictement définies, celle-ci serait à même d'apprécier le bienfondé de la contestation d'un avis élevé par l'ONIAM et non l'avis émis par la CCI en tant que tel.

Une telle procédure serait en outre de nature à préserver les intérêts bien compris du dispositif de solidarité nationale, sans affaiblir ni ralentir l'indemnisation souhaitée par le législateur. Elle contraindrait aussi l'ONIAM à réduire et à motiver strictement ses refus d'offres d'indemnisations. Destinataire et arbitre d'avis révélant nécessairement des divergences d'appréciations de principe sur des sujets de nature juridique ou médicale, cette procédure permettrait également à la CNAMed d'accroître les effets de sa mission d'harmonisation

**RÉPONSE COMMUNE DES PRÉSIDENTS DES COMMISSIONS
DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS
MÉDICAUX DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES
INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCI)**

La Cour des comptes a bien voulu inviter les présidents de Commissions d'indemnisation des accidents médicaux (ci-après CCI) à formuler, s'ils le souhaitent, des observations sur son rapport relatif à l'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux.

C'est collectivement que nous entendons répondre à cette demande, de manière succincte car un grand nombre d'analyses et propositions qu'il contient nous agréent.

Nous nous bornerons donc à formuler des observations qui complètent ou précisent les énonciations du rapport susmentionné.

1 – Sur la dématérialisation des échanges avec les mis en cause, les victimes et les organismes de protection sociale.

Nous partageons cet objectif tout en soulignant, au vu des connaissances médicales et juridiques souvent très faibles des demandeurs ainsi que de leur aptitude très limitée à utiliser l'outil informatique, que le préalable sera l'instauration d'un soutien technique adéquat afin qu'ils puissent matériellement faire face à cette exigence.

2 – Sur le vivier des experts

Au vu de la très grande difficulté à trouver des experts spécialisés en réparation du préjudice médical, les présidents de CCI redisent leur attachement fort au maintien des pratiques et textes actuels qui leur permettent de s'adresser à des experts hors listes.

Tant que la liste de la Cnamed ne sera pas substantiellement étoffée et qu'un dispositif d'agrément a posteriori des désignations faites par les présidents de CCI ne sera pas efficacement établi, il est inenvisageable de limiter le recours à ces viviers extérieurs. Le dispositif actuel cesserait en effet de fonctionner à brève échéance.

Il n'est de même pas envisageable de confier aux présidents de CCI la vérification de l'absence de liens d'intérêts entre les experts et les parties.

En ce domaine, le système actuel est déclaratif. Les présidents de CCI n'ont ni les moyens ni le temps de procéder à de pareilles vérifications. Tout au plus peuvent-ils continuer, ainsi qu'ils le font déjà, à prévenir des conflits d'intérêt dont ils auraient connaissance en dessaisissant des experts si de telles incompatibilités viennent à leur être signalées.

3 – Sur les relations entre Oniam, CCI et Cnamed

Tout d'abord, les présidents de CCI tiennent à réaffirmer, ainsi qu'ils l'ont toujours fait, que la disparité dans l'allocation des moyens entre Oniam et CCI est le problème matériel le plus difficile auquel ils sont confrontés.

Un précédent rapport de la Cour des comptes avait du reste souligné cette inégalité de traitement sans qu'aucun correctif n'y soit apporté depuis des années.

Les présidents de CCI ont de très modestes demandes au regard des moyens alloués à l'ensemble des dispositifs gérés par l'Oniam. Ils s'étonnent, considérant les besoins en recrutement parfois criants de certaines commissions, qu'il n'y ait pas été donné satisfaction alors que des solutions étaient rapidement trouvées pour d'autres services (Support, Médical, Ressources humaines notamment).

Ils accueillent favorablement la proposition qu'une Cnamed aux moyens étoffés puisse se voir attribuer une forme de compétence d'appel dans le cas où l'Oniam envisage de refuser de suivre un avis de CCI retenant l'existence d'un accident médical non fautif.

En revanche, la proposition tendant à aligner le dispositif sur le système mis en place pour indemniser les victimes du Benfluorex leur paraît contradictoire avec les principes de la loi de 2002 qui tendent à favoriser l'accès simple et décentralisé à une réparation adéquate de leur préjudice.

Les accidents médicaux sont la plupart du temps beaucoup plus complexes et variables que les dommages causés par le Mediator et le système actuel est davantage conforme à la démocratie sanitaire saisie de situations très spécifiques.

En définitive, les présidents de CCI soulignent l'intérêt qu'il y aurait à revenir à l'esprit des textes de 2002 en conférant aux commissions les moyens qui leur ont fait et leur font toujours défaut pour satisfaire pleinement aux intentions du législateur.

**RÉPONSE COMMUNE DES CO-PRÉSIDENTS DU COLLECTIF
INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ (CISS) ET DE LA
PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION DES AVIAM DE FRANCE**

Après la lecture de votre rapport, nous tenons à vous confirmer que nous partageons les constats et les appréciations que vous avez faits. Nous nous permettons d'y apporter quelques observations et d'émettre des réserves concernant l'une de vos recommandations.

Les constats

Sur les CCI

L'équilibre institutionnel initial n'existe plus. Les CCI et leurs présidents se trouvent de fait en situation de dépendance vis-à-vis de l'ONIAM ainsi que vous l'avez très bien souligné. Cette dépendance de moyens se trouve nettement aggravée par la double volonté de l'ONIAM :

- d'imposer sa jurisprudence aux CCI en amont ;*
- d'imposer en aval de l'avis rendu par les CCI, sa pratique du réexamen de l'entier dossier par son médecin conseil.*

Cette pratique nous choque d'autant plus qu'elle est en complète contradiction avec l'esprit du dispositif et la volonté du législateur qui a créé un droit à réparation de l'aléa thérapeutique. Cette pratique engendre en outre un allongement des délais de paiement, un surcoût pour la solidarité et parfois une privation d'indemnisation.

En ce qui concerne l'indemnisation, la philosophie du dispositif est bafouée par la pratique de l'offre partielle d'indemnisation et par l'utilisation du référentiel systématiquement dans sa fourchette basse, constatation aggravée par la comparaison avec les indemnisations accordées par le fonds des victimes du terrorisme. La question est donc posée de l'utilisation quasi-systématique de la fourchette basse alors que des fonds potentiellement disponibles (recours contre les assureurs) ne sont pas recouverts.

Sur la CNAMed

Nous partageons votre constat sur l'impuissance à laquelle s'est trouvée réduite la CNAMed faute de moyens et faute d'articulation entre les différents acteurs, de telle sorte qu'elle ne peut en l'état remplir son rôle d'harmonisation des pratiques et d'élaboration d'une liste unique d'experts en accidents médicaux.

Le nécessaire rééquilibrage du dispositif

Si nous approuvons totalement la nécessité de mieux accompagner les victimes (accès au dossier médical, prise en charge des frais de transports et assistance par médecin de recours) et celle de constituer un vivier suffisant d'experts, nous divergeons sur les moyens de parvenir à ce second objectif.

En effet, il est patent que la liste d'experts judiciaires est elle aussi insuffisante en nombre d'experts disponibles dans certaines spécialités et dans certaines régions. La référence à cette liste ne règle donc pas le problème puisque les présidents de CCI désignent en dehors de toutes listes.

En outre, c'est précisément en raison de carences constatées en matière de réparation du dommage corporel chez de nombreux experts judiciaires, qu'une procédure spécifique de vérification des connaissances et de la formation a été mise en place pour constituer la liste nationale des experts en accidents médicaux.

Ainsi, la seule inscription sur la liste des experts judiciaires est de notre point de vue insuffisante pour garantir la qualité des expertises en matière d'accidents médicaux. C'est pourquoi nous soutenons la première hypothèse de votre rapport qui suit la pratique qui vient d'être adoptée par la CNAMed et les présidents de CCI en combinant l'initiative des présidents de CCI dans le choix des experts, une période probatoire puis « l'agrément » par la CNAMed.

En tout état de cause, nous souhaitons attendre une évaluation de cette nouvelle pratique de recrutement des experts avant d'envisager une refonte de la liste nationale des experts, qu'elle soit judiciaire, administrative ou CNAMed au profit d'une liste unique.

A titre annexe, nous souhaiterions que l'ensemble des médecins intervenant dans le dispositif, indemnisation et fonds, justifient d'une formation en réparation du dommage corporel.

Enfin et compte tenu du nombre croissant des irrecevabilités prononcées par les présidents de CCI et de la difficulté de compréhension pour les victimes qui ne sont pas assistées, nous souhaiterions que soit expressément expliqué aux victimes la possibilité de ressaisir en complétant leur dossier avec des éléments complémentaires justifiant l'atteinte des seuils.

Éléments complémentaires de la présidente de la fédération des AVIAM de France

L'AVIAM s'associe à l'ensemble des observations formulées par le CISS et compte tenu de l'expérience de mon association dans l'accompagnement des victimes tout au long du processus du dépôt de la requête devant les CCI jusqu'à l'indemnisation finale, je tiens à apporter un certain nombre de précisions.

Les délais

Pour un grand nombre de victimes le délai global peut atteindre 4 ans. On est loin du délai prévu par la loi.

Il faut distinguer plusieurs étapes dans le processus en particulier avant et après l'avis.

Avant l'avis

La plupart des victimes subissent un retard pour lequel elles n'ont aucune maîtrise à cause du problème, jamais résolu, de l'accès au dossier médical.

En effet leur demande ne peut être examinée que lorsque le dossier est considéré comme complet (toutes les pièces médicales doivent être jointes).

Or la loi n'a prévu aucune sanction pour les professionnels et les établissements à la non transmission du dossier, c'est pourquoi nous soutenons avec vigueur la recommandation d'amende pénale en la complétant par un relais que devrait prendre les CCI pour obtenir le dossier. La demande faite par les CCI déclencherait alors le délai de pénalités.

Après l'avis

Le délai d'exécution dépasse largement le délai d'instruction, ce qui est totalement inadmissible. La pratique dévoyée de l'ONIAM avec l'offre partielle est exactement le contraire pour les victimes de l'offre provisionnelle.

En réalité elle met la victime dans une situation financière et matérielle inextricable parce que les postes de préjudices les plus urgents (tierce personne, aménagement domotique et préjudice économique) ne sont pas couverts.

Là encore les victimes n'ont aucune prise sur le délai à cause de la créance des caisses, retard qui incombe à l'ONIAM ou aux Caisses.

Le délai se trouve encore allongé par la pratique du réexamen de l'avis de la CCI en matière d'aléa en particulier ; ce qui peut aboutir à un refus d'indemnisation alors que la victime avait reçu un avis ouvrant droit à indemnisation.

Cette pratique est tout à fait contraire à l'esprit de la loi du 4 mars 2002 qui constituait pour les victimes d'accidents médicaux un progrès substantiel.