Institut de Recherche en Santé Publique
GIS-IReSP

Questions de santé publique

N°20 – Mars 2013 https://doi.org/10.1051/qsp/2013020

Les usagers du système de soins ont-ils de plus en plus recours aux tribunaux pour obtenir des indemnités à la suite d'accidents médicaux ? La France est-elle en train de subir une dérive « à l'américaine » ? Une recherche récente faite à partir de 50 000 décisions de justice rendues dans la dernière décennie répond à cette question et analyse en particulier l'impact des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur les modalités et l'ampleur des recours engagés, et sur les réparations obtenues.

La judiciarisation de la santé

Anne Laude

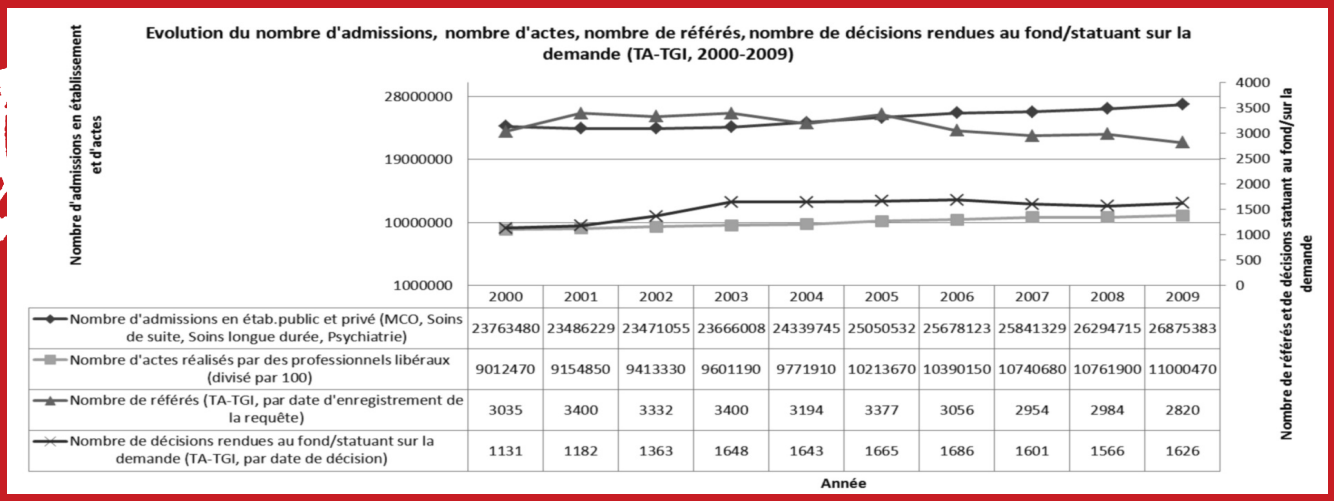
Professeur à l'Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Codirecteur de l'Institut droit et santé (EA 4473), 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris Cedex 06, France. anne.laude@parisdescartes.fr

Blouse blanche, robe noire : le face-à-face suscite plus que jamais interrogations et inquiétudes. Celles-ci se sont accentuées à l'occasion de grandes crises sanitaires (affaire du sang contaminé, vache folle, clinique du sport, canicule, SRAS, hormone de croissance…) et ont pris une dimension sociétale majeure faisant craindre, au-delà de la dimension individuelle des affaires judiciaires, une véritable crise de confiance à l'égard de notre système de soins. Cette méfiance a été amplifiée par l'écho médiatique qu'elles ont suscité. Peut-on pour autant parler d'un phénomène de judiciarisation de la santé ? L'expression « judiciarisation » de la santé renvoie à un état de fait selon lequel « le nombre de recours et de condamnations de soignants prononcées par le juge serait en plein accroissement » [1]. Si le constat de la judiciarisation de la santé est bien souvent posé, aucune étude globale et quantitative n'avait été menée jusqu'à ce jour : l'analyse souffrait du manque de statistiques objectives sur des données relatives au nombre de requêtes déposées devant les juridictions, au nombre de décisions et de condamnations, comme aux professions les plus exposées à ces requêtes.

UNE RECHERCHE RÉALISÉE ENTRE 1999 ET 2009

La recherche a été réalisée par l'Institut Droit et Santé (IDS) de l'Université Paris Descartes à partir de 50 000 décisions de justice recueillies auprès des juridictions administratives, civiles et pénales, auxquelles sont venues s'ajouter les statistiques fournies par le ministère de la justice, le Conseil National de l'ordre des médecins, les assureurs des professionnels et établissements de santé, l'AP-HP, l'Office National d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM, *Encadré 1*), l'Observatoire des risques médicaux (ORM) et le Médiateur de la République (aujourd'hui le défenseur des droits). Elle permet d'identifier, de quantifier et d'analyser les données conduisant à apprécier la réalité et la portée de ce phénomène sur la décennie écoulée [2].

La période retenue pour l'analyse se justifie par la volonté d'étudier l'impact de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur la variation du contentieux (*Encadré 2*). En effet, si cette loi a posé le principe de la responsabilité pour faute du professionnel de santé, elle a dans le même temps institué une procédure de règlement amiable permettant à la victime en cas d'accident non fautif causant un préjudice supérieur à un certain seuil de saisir les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux en vue d'obtenir une indemnisation par l'ONIAM, c'est-à-dire par la solidarité nationale. La décennie analysée permet de disposer de données récentes visant à qualifier l'évolution des rapports entre les procédures contentieuses (diligentées devant le juge civil, administratif, pénal ou disciplinaire) et non-contentieuses (procédures amia-



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'admissions en étab.public et privé (MCO, Soins de suite, Soins longue durée, Psychiatrie)	23763480	23486229	23471055	23666008	24339745	25050532	25678123	25841329	26294715	26875383
Nombre d'actes réalisés par des professionnels libéraux (divisé par 100)	9012470	9154850	9413330	9601190	9771910	10213670	10390150	10740680	10761900	11000470
Nombre de référés (TA-TGI, par date d'enregistrement de la requête)	3035	3400	3332	3400	3194	3377	3056	2954	2984	2820
Nombre de décisions rendues au fond/statuant sur la demande (TA-TGI, par date de décision)	1131	1182	1363	1648	1643	1665	1686	1601	1566	1626

Figure 1. Évolution du nombre d'admissions, du nombre d'actes, du nombre de décisions en référé et rendues au fond ou statuant sur la demande, entre 2000 et 2009. Source : Eco-Santé France, juillet 2011, d'après les données DREES, SAE/Ministère de la Justice, DACS, Pôle d'évaluation de la justice civile, SDSE répertoire civil, novembre 2010/Base Institut Droit et Santé TA. TA : tribunal administratif, TGI : tribunal de grande instance.

bles) auxquelles doivent faire face les professionnels de santé.

LES ACTIONS EN JUSTICE

L'étude s'est tout d'abord intéressée à la « pression juridictionnelle », qui fait écho à l'idée d'une tension éprouvée par les professionnels de santé à l'égard des actions en justice et des décisions qui en résultent. Les analyses réalisées mettent en évidence une stabilité du nombre de requêtes devant les juridictions sur la période étudiée. En effet, si le cumul des requêtes déposées en référé[1] devant les tribunaux administratifs et les tribunaux de grande instance en dix ans a augmenté de 7 %, ce chiffre ne traduit pas d'augmentation de la pression contentieuse si on le rapporte à l'évolution du nombre d'actes médicaux et d'admissions en établissements de santé réalisés dans le même temps *(Figure 1)*. Le nombre de requêtes (fond et référé) est de 23 pour 100 000 admissions en établissement de santé et de six requêtes pour un million d'actes médicaux réalisés.

En ce qui concerne les condamnations, c'est-à-dire les demandes en justice qui aboutissent, l'étude montre que si le nombre de condamnations devant les tribunaux administratifs et les tribunaux de grande instance a augmenté sur la période 1999-2003, il s'est en revanche stabilisé entre 2004 et 2009.

En matière de contentieux relevant des juridictions pénales, qui est bien souvent le plus stigmatisant pour les professionnels de santé, l'analyse met en évidence que le nombre de plaintes a été divisé par deux sur dix ans pour s'établir au terme de la période à moins d'une plainte pénale pour 1 000 médecins. S'agissant des condamnations pénales prononcées, on souligne qu'en valeur relative la chirurgie est la discipline la plus exposée, avec près de quatre condamnations pour 1 000 professionnels *(Tableau 1)*.

S'agissant du contentieux disciplinaire relevant du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM), l'étude met en évidence que le taux de condamnation des médecins par rapport au nombre de professionnels en exercice est resté globalement stable depuis 2002. Toutefois, on note que le nombre de décisions disciplinaires a été, pour les médecins, chaque année très supérieur au nombre de décisions des tribunaux de grande instance et des tribunaux administratifs (respectivement 50 %, 37 % et 12 % du nombre total de décisions rendues au fond). Les motifs de poursuites les plus souvent invoqués sont, d'après la nomenclature retenue par le CNOM : les manquements aux devoirs envers les malades (19,1 % du total des motifs à l'origine de décisions) ; les manquements à la confraternité (9,8 %) ; l'immixtion dans les affaires de famille (7,8 %) ; les problèmes liés aux certificats médicaux (7 %).

Tableau I. Sinistralité pénale par profession (rapport entre condamnations pénales et démographie de la profession) entre 2002 et 2004.

Profession	Sinistralité des condamnations pénales
Chirurgie	3,6 ‰
Obstétrique	2,7 ‰
Anesthésie-réanimation	1,6 ‰
Pédiatrie	0,9 ‰
ORL	0,7 ‰
Hépato-gastro-entérologie	0,6 ‰
Médecine générale	0,1 ‰

Source : Statistiques du Sou médical-Groupe MACSF (données des assureurs des professionnels et établissements de santé).

UNE ÉVOLUTION DES DEMANDES D'INDEMNISATION VERS DES RECOURS AMIABLES

Afin d'analyser le phénomène de judiciarisation dans sa globalité, l'étude s'est également attachée à l'évolution de la « pression conflictuelle », entendue comme l'ensemble des demandes en réparation des dommages causés par l'activité médicale et paramédicale, qu'elles soient contentieuses ou amiables. Le caractère amiable d'une indemnisation peut en effet résulter

1. La procédure de référé est une procédure rapide qui peut être diligentée par l'avocat lorsqu'il y a traditionnellement « urgence » ou « absence de contestation sérieuse au fond ». Lorsque ces critères juridiques de compétence du juge des référés ne sont pas remplis, ce dernier peut se déclarer incompétent au profit de la juridiction du fond. Cela signifie que la procédure rapide n'est plus possible et que seuls les tribunaux fonctionnant selon un calendrier procédural classique sont compétents.

d'une demande exercée auprès de l'assureur, ou de l'AP-HP ou encore des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation d'accidents médicaux (CRCI) (voir *Encadré 1*). Or, si l'on s'attache à l'évolution de la distribution des demandes d'indemnisation entre les CRCI et les juridictions, notamment en référé, on constate une inversion de tendance remarquable au profit de la procédure amiable passant respectivement de 86 % et 14 % en 2003 à 46 % et 54 % en 2009 *(Figure 2)*.

Au terme de la période étudiée, les CRCI sont devenues pour les patients la porte d'entrée principale dans le dispositif d'indemnisation des accidents médicaux. Cette faveur des victimes pour le dispositif administratif peut se comprendre dès lors que la procédure instituée se veut rapide, efficace et gratuite pour la victime. Ce qui explique sans doute qu'à partir notamment de la fin de l'année 2007, le nombre de demandes d'indemnisation devant les CRCI soit, comme le met en évidence la *Figure 3*, supérieur au nombre de demandes d'indemnisation devant les juridictions. Ce report de demandes d'indemnisations en faveur du dispositif administratif est le signe de l'apport essentiel de la loi du 4 mars 2002 sur le dispositif d'indemnisation.

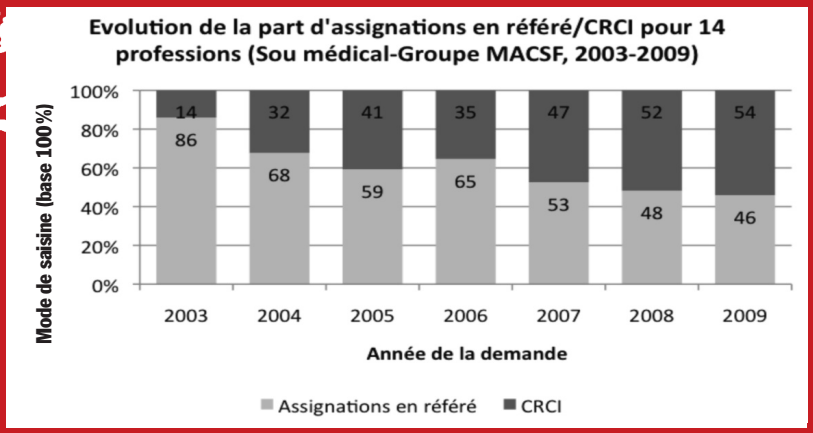


Figure 2. Évolution de la part d'assignations en référé ou *via* les CRCI pour 14 professions entre 2003 et 2009. Source : Statistiques du Sou médical-Groupe MACSF.

LE MONTANT DES INDEMNITÉS

L'étude met également en évidence quelques éléments significatifs du montant des indemnités allouées en réparation des accidents médicaux. Si l'indemnisation reposait jusqu'à la loi du 4 mars 2002 sur le professionnel ou l'établissement de santé, le dispositif d'indemnisation mis en place en 2002 a conduit à introduire un nouvel acteur, l'ONIAM, dont la part dans le montant global des indemnités allouées est rapidement devenue prépondérante. Sur la période 2006-2009, l'ONIAM a versé le montant d'indemnités le plus important (114 millions d'euros), suivi des sommes accordées par les assureurs à l'amiable (44 millions d'euros) et des indemnisations allouées par les TA (48 millions d'euros) et l'AP-HP (5 millions d'euros). En outre, on observe que, depuis 2007, le montant moyen d'indemnisation d'un litige accordé par l'ONIAM est plus élevé que celui alloué par les compagnies d'assurance ou l'AP-HP. Une analyse des indemnités accordées par les tribunaux administratifs met en évidence la très forte concentration des sommes sur les litiges les plus graves. Ainsi, les deux tiers (66 %) du montant indemnitaire global accordé par les tribunaux administratifs résultent de litiges dans lesquels le juge a alloué à la victime une indemnisation supérieure à 100 000 euros et représentent 11 % des cas. Quant aux indemnités très importantes qui sont accordées par les tribunaux administratifs (d'un montant supérieur ou égal au million d'euros), elles sont très rares (0,5 %) mais comptent pour 13 % du total des indemnités allouées.

L'AUGMENTATION DES PRIMES D'ASSURANCE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Si le sentiment de judiciarisation de la santé ne repose pas sur une augmentation de la pression contentieuse ni même de la pression conflictuelle, il n'en reste pas moins qu'il est entretenu par l'augmentation des primes des assurances

1 – L'ONIAM et les CRCI

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est un organisme placé sous la tutelle du Ministère de la Santé qui a pour mission d'organiser dans le cadre d'un règlement amiable les indemnisations des accidents médicaux. Il a été créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation d'accidents médicaux (CRCI) sont la porte d'entrée pour les indemnisations par l'ONIAM. Même si leur fonctionnement matériel est assuré par l'ONIAM, elles exercent leur activité de façon indépendante de l'ONIAM.

Ce dispositif permet aux patients d'être indemnisés par l'assureur si une faute est établie, et par « la solidarité nationale » en cas de « responsabilité sans faute ».

2 – La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette loi a affirmé le principe de l'autonomie des patients et la reconnaissance de la démocratie sanitaire en consacrant dans le code de la santé publique les droits individuels et collectifs des personnes en matière de santé. Parmi les plus emblématiques de ces droits figurent : l'accès direct au dossier médical, le droit à l'information, l'affirmation du principe de codécision entre le malade et le professionnel de santé, le droit au refus de soin, la reconnaissance d'un statut pour les associations d'usagers du système de santé et l'instauration d'un dispositif d'indemnisation par la solidarité nationale, avec notamment la création de l'ONIAM.

Directeur de la publication : Jean-Paul Moatti. **Rédacteur en chef :** Nathalie de Parseval. **Questions de santé publique** est une publication de l'Institut de Recherche en Santé Publique. **Éditeur :** Éditions EDK, 25, rue Daviel, 75013 Paris. Tél. : 01 58 10 19 05. E-mail : edk@edk.fr. **Création/maquette/infographie :** Isabelle Benoit. Dépôt légal : à parution – ISSN : 1967-5615

N°20 – Mars 2013

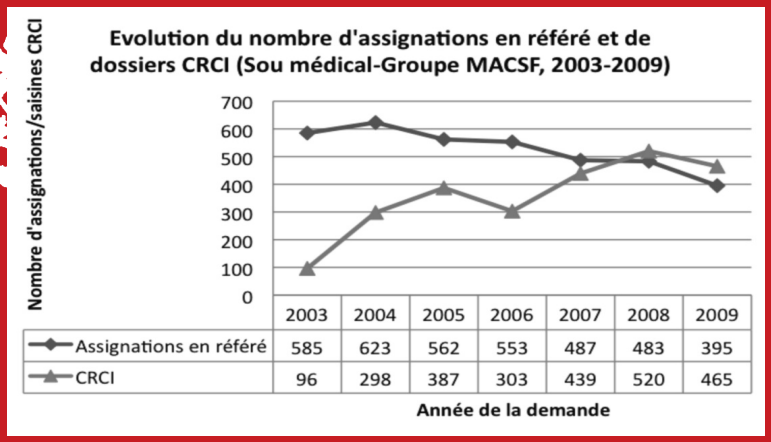


Figure 3. Évolution du nombre d'assignations en référé ou *via* les CRCI entre 2003 et 2009.
Source : Statistiques du Sou médical-Groupe MACSF.

professionnelles. Ces dernières années, en France comme aux États-Unis, le sentiment d'une judiciarisation de l'activité médicale s'est en effet accompagné d'une augmentation des primes d'assurance. Il est vrai qu'en dehors des difficultés financières parfois rencontrées par les assureurs, l'une des difficultés juridiques à laquelle ils sont confrontés en France est de voir leur responsabilité retenue de manière parfois conjointe et solidaire. Cette disposition permet à la victime, lorsqu'il y a plusieurs parties fautives dont les actes indépendants ont causé le même préjudice à un plaignant, de demander réparation de l'indemnisation intégrale à l'une seulement des parties fautives. Celle-ci devra alors se retourner contre les autres parties fautives à proportion de leur participation. Or, d'un point de vue assurantiel, la responsabilité conjointe et solidaire est un facteur qui contribue à l'incertitude des demandes d'indemnisation car dans une certaine mesure l'assureur n'assure pas uniquement le risque du prestataire qu'il couvre mais aussi, potentiellement, le risque encouru par d'autres activités de prestations de soins. Toujours est-il que cette augmentation des primes d'assurance a un effet pervers, elle conduit au développement d'une médecine « défensive », susceptible d'affecter la relation de confiance entre les patients et les professionnels de santé.

CONCLUSION

Cette étude montre donc que l'on est loin d'une dérive « à l'américaine ». Ceci s'explique notamment par les grandes divergences qui existent entre les deux systèmes juridiques [3]. Si les avocats sont en effet outre-Atlantique au moins trois fois plus nombreux qu'en France, les règles relatives à la présence d'un jury populaire, à la rémunération des avocats, à la faculté de prononcer des dommages et intérêts punitifs et aux *class-actions* favorisent les procès. Or ces singularités au regard du droit français constituent, au-delà des différences culturelles, un rempart structurel contre la prolifération du contentieux médical. Les médecins peuvent donc être rassurés. D'ailleurs, l'étude réalisée par l'Institut Droit et Santé a également montré que cette catégorie professionnelle était moins souvent en litige avec leurs patients que les avocats avec leurs clients…

RÉFÉRENCES

[1] Rousset G. Judiciarisation et juridicisation de la santé : entre mythe et réalité. *Carnets de Bord* 2009 ; n°16 : p. 23
[2] Laude A, Parriente J, Tabuteau D. *La judiciarisation de la santé.* Paris : Éditions de Santé, 2012.
[3] Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ? *Les Tribunes de la Santé-Sève* 2010 ; n°26 : pp. 49-59.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 23 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Jean-Paul Moatti, professeur en économie de la santé.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé
- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, ANSM, ANSES, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet : www.iresp.net

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net