

## Assurabilité de la responsabilité civile des médecins

Doc	a088001
Date de publication	11/12/1999
Origine	NR
	Relation médecin-patient
Thèmes	Qualité des soins
	Responsabilité civile et/ou pénale du médecin

A l'occasion d'un symposium qu'il a organisé, un Conseil provincial a rédigé une note intitulée "Assurance responsabilité civile médecins".

Le problème refaisant surface dans l'actualité politique, le Conseil national rappelle aux instances compétentes les principes déontologiques en matière de responsabilité civile des médecins.

Lettre du Conseil national à

- Monsieur R. DEMOTTE, Ministre de l'Economie et de la Recherche scientifique
- Madame M. AELVOET, Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement
- Monsieur F. VANDENBROUCKE, Ministre des Affaires sociales et des Pensions
- Monsieur C. DECOSTER, Directeur général, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement :

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé, en sa séance du 11 décembre 1999, de communiquer aux instances compétentes sa conception en matière d'assurabilité de la responsabilité civile des médecins.

Deux faits ont suscité la présente. Cette matière qui évolue depuis des années prend place à nouveau dans l'actualité politique, notamment au travers d'une enquête sur la responsabilité médicale, lancée récemment par le Ministère de la santé publique. En outre, le Conseil national a pris connaissance, il y a peu, d'une étude du Conseil provincial de l'Ordre des médecins d'Anvers démontrant à nouveau que le respect des principes déontologiques en vigueur dans ce domaine devient de plus en plus problématique. Le Conseil national vous communique cette étude à titre d'information.

Le Conseil national a toujours été d'avis que la responsabilité des médecins doit être illimitée et que le patient victime d'une faute médicale doit être indemnisé complètement.

Les polices actuelles de responsabilité civile contractées et à contracter par les médecins ne couvrent plus cette responsabilité intégrale. Ceci a pour conséquence que dans certaines circonstances, le patient ne sera plus indemnisé complètement, ce qui lui fait courir le risque d'être une seconde fois préjudicié. L'ampleur du montant assuré ne suffit pas toujours à couvrir complètement le dommage, et certainement pas en cas de dommages en série; le nombre de circonstances exclues de garantie dans certaines polices est inquiétant et l'on peut en dire tout autant des fautes médicales graves qui peuvent être exclues dans la mesure où, suivant l'article 8 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, elles sont "déterminées expressément et

limitativement dans le contrat".

Pour des raisons de technique de l'assurance, la responsabilité civile intégrale et l'indemnisation complète du dommage ont évolué au cours de ces dernières décennies vers des restrictions dans l'assurance de la responsabilité et vers un plafonnement de l'indemnisation du dommage en cas de faute médicale avérée.

Le Conseil national demeure d'avis qu'il est un des principes fondamentaux de la déontologie médicale d'indemniser complètement le patient lorsqu'il est victime d'une faute médicale. Une initiative législative en cette matière devrait être fondée sur ce principe, car il est un élément essentiel de la relation de confiance médecin-patient. Il est tout aussi important pour le maintien de cette relation de confiance qu'en cas de faute médicale (présumée), le médecin puisse en parler ouvertement avec son patient et/ou ses proches parents. Toutes les polices responsabilité civile soulignent toutefois que l'assuré doit s'en tenir aux faits, sans aveu quelconque d'une faute. Dans un moment aussi pénible, cette réserve imposée dans la communication est mal vécue par tous les intéressés et conduit fréquemment à une altération de la confiance alors que celle-ci ne disparaît pas forcément lorsqu'une faute humaine est commise.

Le Conseil national est d'avis qu'une information maximale du patient et/ou de ses proches parents est déontologiquement indiquée dans le cadre aussi d'une faute médicale (présumée) et qu'aucune disposition de technique de l'assurance ne peut entraver cette communication ouverte. Le Conseil national est d'avis que dans une œuvre législative il doit également être tenu compte de ce principe concernant l'assurance de la responsabilité civile des dispensateurs de soins.

En outre, le Conseil national se demande si le mode actuel d'assurance de la responsabilité civile, dans lequel la majorité des dispensateurs de soins contractent encore une assurance individuelle, répond à la réalité de la dispensation des soins d'aujourd'hui. De plus en plus de patients sont traités et accompagnés simultanément par des dispensateurs de soins de différentes disciplines, qui se concertent et souvent travaillent à des échelons différents. Ceci a notamment pour conséquence que les contestations augmentent entre des dispensateurs de soins et leurs assureurs et qu'en cas de faute présumée, le patient ne sait plus à qui il doit s'adresser en raison de l'enchevêtrement des responsabilités.

Enfin, le Conseil national est d'avis que le législateur ne devrait pas seulement envisager une indemnisation complète des victimes en cas de faute établie à charge des dispensateurs de soins, mais devrait aussi prévoir des moyens de prévention des fautes et d'amélioration de la qualité des soins. Les patients ont plus d'intérêt à voir les fautes prévenues qu'à leur indemnisation.

Annexe : Etude du Conseil provincial de l'Ordre des médecins d'Anvers :

## **ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE MEDECINS**

### **Situation du problème**

La déontologie médicale préconise la responsabilité professionnelle illimitée du médecin et l'indemnisation complète du patient victime d'une faute médicale.

Pendant des générations, ces principes n'ont guère posé de problèmes, car tout médecin (conscientieux) contractait une assurance adéquate pour l'ensemble de son activité professionnelle, contre paiement d'une prime équitable. Par la coïncidence d'une série de facteurs depuis le début des années nonante, l'assurance en responsabilité civile médecins n'offre plus les mêmes garanties que dans le passé. Les médecins tout autant que les patients victimes d'une faute médicale en subissent les conséquences. Les dommages et intérêts réclamés peuvent en effet facilement excéder le patrimoine du médecin moyen et entraîner une indemnisation insuffisante

du patient lorsque l'assurance en responsabilité civile du médecin n'interviendra pas ou pas suffisamment.

La réalité d'aujourd'hui est qu'une fraction de l'activité médicale n'est pas assurée ou l'est insuffisamment, qu'un pourcentage de médecins -certes en diminution mais toujours existant- n'en est pas conscient et que la grande majorité des patients n'y prête pas attention et est laissée dans l'ignorance.

Dans certains milieux de médecins et chez certains assureurs, des questions surgissent sur les principes de la responsabilité illimitée et de l'indemnisation complète du dommage subi. Toutefois, l'abandon de ces principes déontologiques porterait gravement atteinte à la relation médecin-patient. Par conséquent, cette option ne peut être prise en considération que dans la mesure où aucune autre solution n'est réalisable.

Cette note émanant du Conseil provincial de l'Ordre des médecins d'Anvers comporte une analyse des facteurs qui ont conduit à cette situation nouvelle ainsi qu'une description de celle-ci et des suggestions de solution.

## Les facteurs qui ont concouru à la situation nouvelle

Le fond du problème réside dans le fait que les assureurs ne peuvent (ne veulent pas) assurer une responsabilité illimitée.

Tant que la responsabilité illimitée a représenté peu de risques, il n'y avait pas de problème pour les assureurs, mais à présent que l'inverse se vérifie, ils ne consentent à assurer que des risques calculables.

Quelques facteurs sont à l'origine de l'augmentation des risques pour l'assureur en responsabilité civile des médecins :

L'augmentation des procès et la croissance exponentielle des montants versés par les assureurs (ex.: un milliard sept cents millions d'indemnités lors du règlement amiable dans l'affaire des plantes chinoises).

- Des jugements plus sévères des tribunaux en matière de responsabilité des dispensateurs de soins.
- Un arrêt du 13 janvier 1994 de la Cour de cassation décidant que le délai de prescription ne commence à courir qu'au moment où le dommage vient au jour, entraînant que l'assureur RC peut être appelé à intervenir pendant un laps de temps beaucoup plus long après la faute.
- Les répercussions de l'arrêt de la Cour d'arbitrage, du 21 mars 1995, sur l'allongement de la prescription de l'action en responsabilité dans le cadre d'infractions pénales, sous le coup desquelles tombent bon nombre de fautes professionnelles médicales, à nouveau avec un effet fâcheux pour les assureurs.

Compte tenu de cette évolution défavorable pour les assureurs, les autorités ont fait preuve de compréhension à leur égard, ce qui a fait se poursuivre la détérioration de la situation des médecins.

Ainsi, les assureurs ont été dispensés, par un arrêté ministériel du 20 avril 1993, d'obtenir l'autorisation du Ministre des Affaires économiques pour l'augmentation de la prime d'assurance, notamment de la responsabilité civile des médecins. Cet arrêté limite l'exigence d'une autorisation du Ministre des Affaires économiques à l'augmentation de la prime d'assurance en matière d'assurances légalement obligatoires dont l'assurance RC des médecins ne fait pas partie. Cet arrêté a permis une augmentation autonome de la prime d'assurance par les assureurs.

La loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre oblige bien les assureurs à assurer la faute lourde, mais elle leur permet par ailleurs d'exclure du contrat certains cas de faute lourde déterminés expressément et limitativement dans le contrat (article 8, 2ème al.). On est en outre frappé par l'usage fréquent de l'exclusion de certains actes de la garantie.

La modification, en 1994, de l'article 78 de la loi précitée s'est révélée très favorable aux assureurs et désavantageuse pour les médecins. Elle a remplacé le système de couverture pendant la totalité du délai de prescription après expiration de la police par un système n'assurant que le dommage apparu avant l'expiration de la police, de sorte que le médecin doit prévoir (et payer) un montant supplémentaire pour l'assurance des sinistres qui ne viendraient au jour qu'après l'expiration de son contrat.

De ce qui précède, il suit que les assureurs RC médecins ont incontestablement dû assurer des risques beaucoup plus nombreux et importants durant la dernière décennie et que de ce fait, ils ont augmenté considérablement et de manière autonome les primes RC Médecins d'une part, et introduit des restrictions diverses d'autre part, ce qui a été facilité par le changement intervenu dans la législation entre-temps. L'on a probablement pas suffisamment réalisé à ce moment-là que l'assurabilité de l'activité médicale était de ce fait négligée. Cela a conduit à une situation que nous décrivons dans le chapitre suivant.

## Situation actuelle

Il est certain que pratiquement tous les médecins disposent d'une assurance RC, mais il est tout aussi certain que seulement un faible pourcentage de médecins connaissent la teneur exacte de leur contrat. Ni les courtiers ni les assureurs ne s'efforcent à la transparence. La grande majorité des médecins pensent (espèrent) avoir un bon assureur ou courtier qui, le cas échéant, réglerait bien l'affaire.

A l'heure actuelle, il n'y a pas dix sociétés en Belgique qui s'intéressent à la RC médecins. Deux sociétés importantes parmi elles ne sont pas membres de l'UPEA et contrairement au reste offrent encore des assurances "fact occurrence". Le montant assuré est, dans toutes les sociétés, de 100 à 200 millions BEF par sinistre (et non par victime - quid en cas de dommages en série?) et par an (ce que très peu de médecins savent). Parmi les exclusions, on trouve dans la plupart des polices des termes vagues tels qu'activités déontologiquement interdites ou traitements dépassés tandis que d'autres exclusions à titre de manquement coupable ou de défaillance généralement admise atteignent l'essence même d'une assurance.

Il n'est nul besoin de démontrer que ces exclusions doivent inévitablement conduire à de nombreuses contestations. En outre, la possibilité d'exclusions comporte un plus grand risque encore. Elle permet en effet aux sociétés d'assurances d'exclure certains actes pour certaines disciplines ou de n'en admettre d'autres qu'à des conditions définies par les assureurs.

Dans toutes les polices, on rencontre dans les stipulations relatives au règlement du dommage, notamment qu'un médecin ne peut jamais avouer avoir commis une faute. Il doit se limiter à reconnaître les faits. Cette restriction enlève son humanité à la relation médecin-patient à un moment où la franchise, la sincérité et la compréhension réciproque peuvent dédommager beaucoup du malheur et de l'adversité. Plus que la faute elle-même, la réserve imposée et la communication insuffisante qui en découle, font bien souvent basculer la relation de confiance qui persiste, dans l'incompréhension et la méfiance généralement à la base d'une plainte arguant d'une faute.

Les primes sont fonction de la discipline et ne tiennent pas compte du nombre de prestations, ni du caractère à plein temps ou à temps partiel de l'activité. Les médecins sont répartis en catégories, apparemment suivant le degré de risque de l'activité médicale en question; mais il est difficile d'expliquer pourquoi l'UPEA conseille à ses membres de demander une prime cinq fois plus élevée pour un médecin généraliste homéopathe que pour un médecin généraliste allopathe.

La grande majorité des médecins ont une assurance RC individuelle; les assurances groupe (mono- ou multidisciplinaires) existent mais se limitent généralement à des assurances individuelles de médecins qui, en raison de leur affiliation auprès d'une même société, obtiennent une réduction de prime. La responsabilité médicale dans les hôpitaux universitaires et publics est généralement assurée par le pouvoir organisateur; dans les hôpitaux privés, ceci constitue l'exception.

Sur la base de ce qui précède, il y a lieu de conclure qu'un patient court toujours le risque de ne pas être indemnisé ou de ne pas l'être suffisamment en cas d'erreur médicale. Le système actuel n'offre qu'une apparence de sécurité au médecin et au patient. La problématique de la responsabilité médicale s'étend au-delà de l'engagement limité des assureurs privés qui n'assurent pas de risques ne pouvant être délimités au préalable.

Il est tout aussi évident que la responsabilité médicale ne peut plus longtemps être régie sur une base individuelle. Seules des formules dans lesquelles la responsabilité est supportée par un groupe suffisamment grand sont susceptibles d'apporter une solution valable à ce problème. Elles sont envisagées dans le chapitre suivant.

## Éléments de base d'une solution

Si le principe de la liberté individuelle est abandonné, il est essentiel que la responsabilité soit supportée par un groupe le plus large possible ne se limitant pas aux seuls médecins mais englobant tous les prestataires de soins.

Il y a une tendance dans laquelle l'hôpital assure la responsabilité de l'institution elle-même et de tous ses prestataires de soins indépendamment de leur statut professionnel.

Ce système présente une série d'inconvénients: on en reste au système des assurances privées avec les problèmes précités (exclusions, absence de communication ouverte avec les victimes, des montants trop bas en cas de dommages en série, etc.) et la possibilité d'une collusion entre l'assureur et le pouvoir organisateur à propos de certaines exclusions. En outre, ce système ne résout rien pour la médecine non hospitalière où les procès mettant en jeu des sommes astronomiques sont devenus une réalité. L'objection fondamentale à ce système réside dans le fait qu'il n'y est pas tenu compte de concepts modernes de la dispensation des soins dans lesquels l'hôpital n'est plus considéré comme un tout isolé, mais comme une subdivision d'un réseau de structures dont l'activité est transmurale. Il apparaît dès lors plus indiqué d'opter pour un système auquel participent tous les établissements de soins et tous les dispensateurs de soins.

La deuxième condition est que la solidarité ne peut être synonyme d'un crédit sans limite et d'une confiance aveugle entre les différents groupes ou à l'intérieur d'un même groupe.

Ainsi, il serait indiqué que la contribution demandée aux membres soit fonction de leur discipline et qu'à l'intérieur de la discipline, elle soit fonction du nombre de prestations. En outre, il est essentiel que le nouveau système investisse surtout dans une amélioration de la qualité des soins devant conduire automatiquement à une réduction des fautes médicales et à une diminution du nombre de procès. Malgré les structures et la législation, on ne peut que constater que le peer review et l'audit médical prennent difficilement leur départ.

Tout dispensateur de soins qui se respecte admettra qu'un concours de circonstances (exceptionnelles) peut le conduire à commettre une faute et, sous cet angle, le recours à la solidarité ne gênera personne. Mais il en ira tout autrement lorsqu'un dispensateur de soins commettra des fautes systématiques en raison d'un manque de connaissances, d'une mauvaise organisation de son activité, d'un certain état d'esprit,

d'un manque de communication et de concertation. Dans ces cas, il doit exister des possibilités de corriger ce qui ne va pas et même de prendre des mesures lorsque les tentatives de remédier au dysfonctionnement se sont avérées vaines.

La troisième condition est celle d'une grande ouverture tant en ce qui concerne la gestion du système que la communication avec le patient. L'ouverture dans la gestion doit être réalisable par l'association de représentants des différentes disciplines à la gestion et à la conduite du système. Quant à l'ouverture envers les patients, elle présuppose de promouvoir -et non d'entraver- une communication ouverte avec le patient et de tendre à la même ouverture entre les organes de gestion du système et le plaignant.

## Solution proposée

Dans la mesure où la déontologie préconise la responsabilité illimitée du médecin et l'indemnisation en totalité de tout dommage consécutif à une faute subie par le patient, il ressort de ce qui précède que l'assureur privé ne peut plus être le partenaire de cet engagement moral. Il est par conséquent indiqué d'abandonner ce système et de le remplacer par un système d'assurance sociale.

Le concept d'assurance sociale évoque immédiatement l'INAMI qui à l'heure actuelle prend probablement en charge beaucoup plus d'aléas thérapeutiques que tous les assureurs privés ensemble. Si l'INAMI devenait l'assureur en responsabilité des dispensateurs de soins et des établissements de soins, il y aurait lieu de créer un nouveau pilier à l'intérieur de ce système de sécurité sociale.

Les avantages de cette piste de réflexion sont :

- L'INAMI existe déjà, ce qui évite la création d'un organe complètement neuf. L'INAMI dispose de moyens propres lui permettant de faire face en première instance même à une "catastrophe" susceptible de survenir tôt ou tard dans le cadre des soins de santé également. Le cas échéant, l'autorité peut de l'une ou l'autre manière intervenir par des canaux qui existent déjà.
- Le pilier RC, à créer au sein de l'INAMI, peut prendre contact avec les autres organes qui à l'intérieur de l'INAMI sont déjà axés sur l'amélioration de la qualité des soins.
- Il existe à l'intérieur de l'INAMI des structures de concertation avec les représentants des différentes disciplines de dispensateurs de soins, à même de déterminer les fractions d'honoraires à retenir par prestation et par discipline pour le financement de l'assurance RC.
- Tous les dispensateurs de soins sont déjà affiliés à l'INAMI, ce qui évite la création d'un nouvel organe d'affiliation supplémentaire. L'assurance RC est automatiquement en règle de par l'inscription à l'INAMI.
- Des commissions des plaintes (commissions de médiation?) devraient être créées au sein de l'INAMI en vue du traitement des plaintes. Compte tenu de la structure de l'INAMI, il y a aussi la possibilité de recourir le cas échéant aux infrastructures provinciales.
- Il conviendrait que ces commissions des plaintes (commissions de médiation?) soient présidées par des juristes spécifiquement compétents en la matière. Bien que ces commissions soient l'instrument de l'assureur, il serait indiqué de prévoir une composition paritaire réunissant des professionnels représentant les dispensateurs des soins et des professionnels des mêmes disciplines au nom des patients.
- Il est important que ces commissions jugent, après avoir entendu les parties - éventuellement après avoir pris l'avis d'experts- s'il y a faute médicale et qu'en fonction de ce jugement, elles proposent un règlement amiable. A cet égard, il convient d'examiner si le versement d'un montant annuel à la victime n'est pas préférable au versement d'une somme astronomique n'étant pas toujours gérée dans l'intérêt de la victime.

- En outre, ces commissions devraient envisager des avis destinés à prévenir la répétition de la faute. Des mesures pourraient être imposées en cas de non-respect de ces avis. La possibilité d'un recours devrait être prévue pour le cas où le dispensateur de soins ne serait pas d'accord avec les avis donnés en vue de prévenir la survenance de fautes ou ne pourrait se déclarer d'accord avec la mesure imposée. Ce recours ne pourrait entraver le déroulement du règlement amiable.
- Dans le cas où le plaignant ne serait pas d'accord avec le jugement de la commission ou n'accepterait pas le règlement amiable proposé, il pourrait s'adresser au tribunal. L'INAMI, en sa qualité d'assureur du dispensateur de soins, serait au tribunal la partie adverse.
- Il est important que le dispensateur de soins puisse en toutes circonstances parler ouvertement avec le patient ou les proches parents et que cette communication ouverte soit encouragée par le système. Une reconnaissance éventuelle de culpabilité serait un élément important dans le cadre de l'examen de la plainte mais par définition, la commission ne pourrait y être liée.

## Conclusion

Par cette note, le Conseil provincial pense avoir démontré qu'il est possible de trouver des solutions adéquates au problème de la responsabilité civile des médecins (et des dispensateurs de soins), qui n'altèrent pas les principes déontologiques prônés sur ce plan.

Il serait pénible que des solutions soient adoptées, qui ne garantiraient pas une indemnisation complète du patient victime d'une faute médicale.

La proposition émise comporte en outre des garanties supplémentaires d'amélioration de la qualité des soins et de promotion d'une communication ouverte entre le médecin et le patient en cas de faute.