

Systeme d'assurance et indemnisations des victimes : quel rôle des pouvoirs publics ?

Lydie Ancelot*, Cornel Oros*

25 octobre 2012

Introduction

L'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques représente une constante dans les débats socio-économiques des pays développés depuis plusieurs décennies maintenant. Des questions portant sur l'efficacité, l'équité, la transparence de ces indemnités, ainsi que les comportements, les incitations, les responsabilités des différents acteurs impliqués dans ces processus (médecin, patient, sociétés d'assurance, Etat) n'ont jamais trouvé des réponses complètes et parfaitement satisfaisantes, justifiant le recours à des analyses complexes à la confluence de l'économie de la santé, l'économie publique, l'économie du droit. De plus, le contexte d'application et de mise en place de ce type d'indemnisations est soumis à une forte évolution en préservant ainsi l'actualité de ces débats. Dans le cas de la France, par exemple, on assiste depuis une vingtaine d'années à une montée très importante du nombre de contentieux médicaux¹ identifiable principalement à trois niveaux. Premièrement, la fréquence des sinistres a doublé entre la période 1992-1996 et la période 1997-2001. Deuxièmement, on assiste à une hausse incessante du nombre d'affaires portées en justice et ainsi au développement d'un phénomène dit de « judiciarisation de la médecine² » (805 dossiers traités en responsabilité médicale en 1990 contre 3906 en 2002 (Annuaire Statistique de la Justice [2003])). Troisièmement, le coût moyen de règlement d'un sinistre a augmenté

* CRIEF - Université de Poitiers, Institut des Risques Industriels, Assurantiels et Financiers et BETA - Université de Lorraine, Université de Strasbourg. E-mail : lydie.ancelot@univ-poitiers.fr

* CRIEF - Université de Poitiers, Institut des Risques Industriels, Assurantiels et Financiers et LEO – Université d'Orléans. E-mail : cornel.oros@univ-poitiers.fr

¹ Comme le soulignent Helmlinger et Martin [2004], « Quelques procès retentissants, comme celui concernant le sang contaminé ou encore ceux portant sur l'hormone de croissance, ont largement popularisé l'idée que la médecine était, elle aussi, exposée à l'investigation judiciaire ».

² Helmlinger L. et Martin D [2004], Natowicz-Laurent I. [2007], Kouchner, Laude et Tabuteau [2008], Lecocq, Bouillart, SaisonDemars, et Lecocq [2010].

d'environ 50% au cours des années 1990 (Commission de contrôle des assurances, rapport d'activité 2002-2003).

Afin de réduire le nombre de procès (et les coûts qui y sont associés), la loi Kouchner fut instaurée en 2002³ et propose de faciliter l'arrangement amiable considéré moins coûteux qu'un procès. Parallèlement, cette loi vise également à indemniser les victimes d'accidents thérapeutiques qu'il y ait faute reconnue ou non du médecin. Plus précisément, cette loi modifie le processus d'indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques en créant trois modes possibles d'indemnisations. La victime est ainsi indemnisée soit par :

- le médecin (via sa prime versée à son assureur).
- l'Etat via l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)⁴.
- un système mixte de sorte que l'assureur et l'ONIAM se partagent les frais d'indemnisation.

Quelques années après la mise en place de la loi Kouchner, deux tendances fortes peuvent, empiriquement, être identifiées : une hausse du pourcentage d'affaires résolues par un arrangement mais également du montant des indemnisations à la charge du médecin⁵. Ainsi, selon le rapport de l'Observatoire des risques médicaux de 2010, l'arrangement amiable représente, en 2009, 70% des cas d'accidents thérapeutiques solutionnés avec une distinction très marquée selon l'origine de la proposition (98% par l'ONIAM contre 52% par le médecin). Parallèlement, on assiste également à une augmentation du montant des indemnisations : 20,5 millions d'Euros pour l'ONIAM en 2006 contre 88 millions d'euros en 2009 alors que pour les assureurs on passe de 30 millions d'euros en 2006 à 61,5 millions d'euros en 2009 (rapport de l'Observatoire des Risques Médicaux de 2010).

Ce constat nous amène alors à nous interroger sur les bienfaits de la loi Kouchner.

³ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴ L'ONIAM peut être considéré comme un substitut aux assureurs. En effet, cet organisme intervient lorsqu'un accident médical survient soit s'il y a absence reconnue de responsabilité du médecin (c'est-à-dire absence de responsabilité civile médicale) ou s'il y a absence de proposition de règlement amiable par l'assureur.

⁵ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : « ni l'instauration d'une obligation d'information du patient, ni la création des CRCI n'ont engendré d'augmentation visible du nombre de réclamations, contrairement à ce qui était redouté ». (Pellet R. : « Pour une nouvelle réforme de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux »)

Rapport ONIAM : « le nombre de contentieux médicaux traités en justice n'a pas baissé puisqu'il gravite encore autour de 7000 nouveaux dossiers par an toutes juridictions confondues ».

Nous pouvons en effet nous interroger sur les éventuels effets néfastes induits par la présence de l'ONIAM. Faciliter l'arrangement et permettre aux victimes d'être toujours indemnisées ne sont-ils pas deux objectifs pouvant entrer en contradiction ? D'une part, le fait de rendre l'arrangement plus facile a vocation à diminuer le nombre d'affaires jugées. D'autre part, la certitude de l'indemnisation ne va-t-elle pas inciter les victimes à intenter une action en justice (celles-ci étant sûres de leur indemnisation), ce qui de surcroît pourrait augmenter le nombre d'affaires à juger.

Afin de répondre à cette interrogation, l'objectif de ce papier est de proposer une analyse de la relation médecin-patient en intégrant l'indemnisation publique via l'ONIAM. Deux problématiques seront ainsi examinées. La première porte sur les incitations du médecin à proposer un arrangement amiable à la victime lorsqu'il y a présence ou non de l'ONIAM. Autrement dit, on examine l'impact de la présence de l'ONIAM sur le comportement du médecin qui, selon sa nature – responsable ou non responsable – pourrait choisir de proposer ou non un arrangement à l'amiable. L'équilibre séparateur traditionnel supposant la révélation de la vraie nature de la part du médecin⁶ n'est-il pas remis en cause du fait de la présence de cet organisme public ? La deuxième problématique s'intéresse aux ressorts des stratégies d'acceptation ou de refus de la part de la victime de la proposition d'arrangement faite par le médecin selon la présence ou non de l'ONIAM. L'article a ainsi une dimension normative en servant d'outil d'aide à la décision des politiques publiques en étudiant les effets de deux types d'indemnisation possibles en cas d'accidents médicaux : le financement socialisé par l'Etat (ONIAM) et le financement privé (*via* sa compagnie d'assurance) du médecin.

La première section du papier décrit le cadre de modélisation en mettant l'accent sur les stratégies et les paiements des joueurs. La deuxième section présente les différents équilibres bayésiens identifiés en faisant une distinction selon qu'il y a présence ou non de l'ONIAM.

2. Le modèle

Le modèle que nous développons s'inscrit dans la lignée de deux grandes classes de modèles microéconomiques : les modèles de type principal - agent (Laffont et Tirole [1993]) appliqués à la santé (Mougeot [1994]), d'un côté, et les modèles spécifiques à l'analyse économique du droit portant sur la résolution des conflits juridiques, de l'autre côté.

⁶ Le coupable se déclare responsable alors que l'innocent se déclare non responsable (Bebchuck [1984]).

La littérature s'intéressant aux relations d'agence en économie de la santé est particulièrement vaste en raison notamment de la multiplicité des acteurs ce qui entraîne l'analyse de nombreux comportements stratégiques⁷. Dans ce contexte, notre modèle se propose d'analyser l'impact sur la relation médecin-patient de la présence d'une autorité publique de régulation spécifique au système d'indemnisation français, en l'occurrence l'ONIAM. Au delà de l'introduction de cet acteur publique spécifique, l'originalité de la modélisation repose sur le fait que l'analyse de la relation médecin-patient se réalise dans un cadre de conflit juridique entre ces acteurs⁸. Ainsi, en se rapprochant des modèles utilisés dans la résolution des conflits juridiques ainsi que de ceux s'interrogeant sur le rôle des asymétries d'informations existantes dans la pratique médicale, notre cadre de modélisation analyse l'efficacité de l'impact de la présence de l'ONIAM sur le recours à l'arrangement amiable (alternativement aux tribunaux).

La démarche méthodologique s'appuie sur l'utilisation des outils de la théorie des jeux et suppose la construction d'un modèle de jeu dynamique en information incomplète supposant deux acteurs : le médecin et la victime, chacun ayant ses propres préférences. Le juge est également présent dans notre modèle et affecte de par sa décision de condamner ou non le médecin les décisions de ce dernier et de la victime. Nous faisons abstraction ici du rôle de l'assureur dans la mesure où nous nous intéressons exclusivement aux incitations du médecin à proposer un arrangement et à celles de la victime d'accepter ou de refuser selon la présence ou non de l'ONIAM. De plus, selon la règle juridique, le médecin a l'initiative de l'arrangement ; la victime n'a donc pas la possibilité de proposer un règlement amiable si le médecin décide d'aller directement au procès. Lorsque l'affaire est portée devant le juge, nous considérons que celui-ci ayant de l'information incomplète peut commettre deux types d'erreur judiciaire : i) déclarer le médecin fautif en le condamnant alors qu'il n'est pas responsable ou ii) déclarer le médecin non-fautif alors qu'il est responsable.

Le jeu considéré se déroule suivant les étapes successives suivantes :

⁷ Rochaix [1997] explique dans sa revue de littérature les nombreux comportements stratégiques pouvant être étudiés en économie de la santé. Les articles de Bejean et Gadreau [1992] et de Bejean, Peyron et Urbinelli [2003] insistent pour leur part plus spécifiquement sur les stratégies existantes entre les autorités de tutelle (assurance maladie, politiques, décideurs), les assureurs (publics et privés) et les producteurs de soins (hôpitaux, médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé.).

⁸ En se regroupant en deux grandes catégories (Deffains [1997]) : les modèles de filtrage (Bebchuck [1984]) et les modèles de signal (Spier [1992], Daughety et Spier [2005]), l'analyse économique des conflits juridiques a connu un succès grandissant du fait de la mise en place des modes alternatifs de règlement des conflits ; modes permettant d'éviter le procès. Ce champ de recherche a pour objectif d'étudier l'efficacité des règles de droit et de proposer des perspectives d'amélioration des lois existantes.

- 1) Le médecin est responsable ou non. Cette caractéristique constitue son type.
- 2) Le médecin connaît parfaitement son type et décide de proposer ou de ne pas proposer un arrangement à la victime. Le médecin responsable propose l'arrangement avec une probabilité β_r ; tandis que le médecin non responsable propose un accord à l'amiable avec une probabilité $\beta_{\bar{r}}$.
- 3) La victime décide d'accepter ou de ne pas accepter l'arrangement proposé par le médecin. Ainsi, la victime accepte lorsqu'elle considère que le médecin est responsable avec une probabilité γ_r . Inversement, lorsque la victime considère que le médecin n'est pas responsable, elle accepte l'arrangement avec une probabilité $\gamma_{\bar{r}}$. Ses croyances *a priori* sur le type du médecin sont les suivantes : le médecin est responsable avec une probabilité α et non responsable avec une probabilité $1-\alpha$.
- 4) Si la victime accepte, l'affaire prend fin.
- 5) Si la victime refuse l'arrangement, l'affaire est portée devant le juge où le juge décide de condamner ou non le médecin⁹. Le juge peut commettre des erreurs judiciaires (de type I et de type II) de sorte que le médecin responsable est relaxé ou condamné avec une probabilité $(1-\pi_r)$ ou π_r . Le médecin non responsable est condamné ou relaxé avec une probabilité $(\pi_{\bar{r}})$ ou $(1-\pi_{\bar{r}})$.

Les notations relatives aux paiements des joueurs sont les suivantes :

D : montant de l'indemnisation de la victime si elle accepte l'arrangement

\bar{D} : montant de l'indemnisation de la victime si elle refuse l'arrangement et que le médecin est condamné

\bar{D}_r : montant de l'indemnisation payée par le médecin si la victime refuse l'arrangement et que le médecin est condamné (en présence de l'ONIAM)

C_v : coût supporté par la victime du fait d'aller au procès lorsqu'il refuse la proposition

⁹ Le jeu est identique qu'il y ait présence ou non de l'ONIAM ; la modification intervient dans les paiements des joueurs.

\bar{D} : montant de l'indemnisation de la victime s'il n'y a pas de proposition d'arrangement de la part du médecin et que celui-ci est condamné lors du procès.

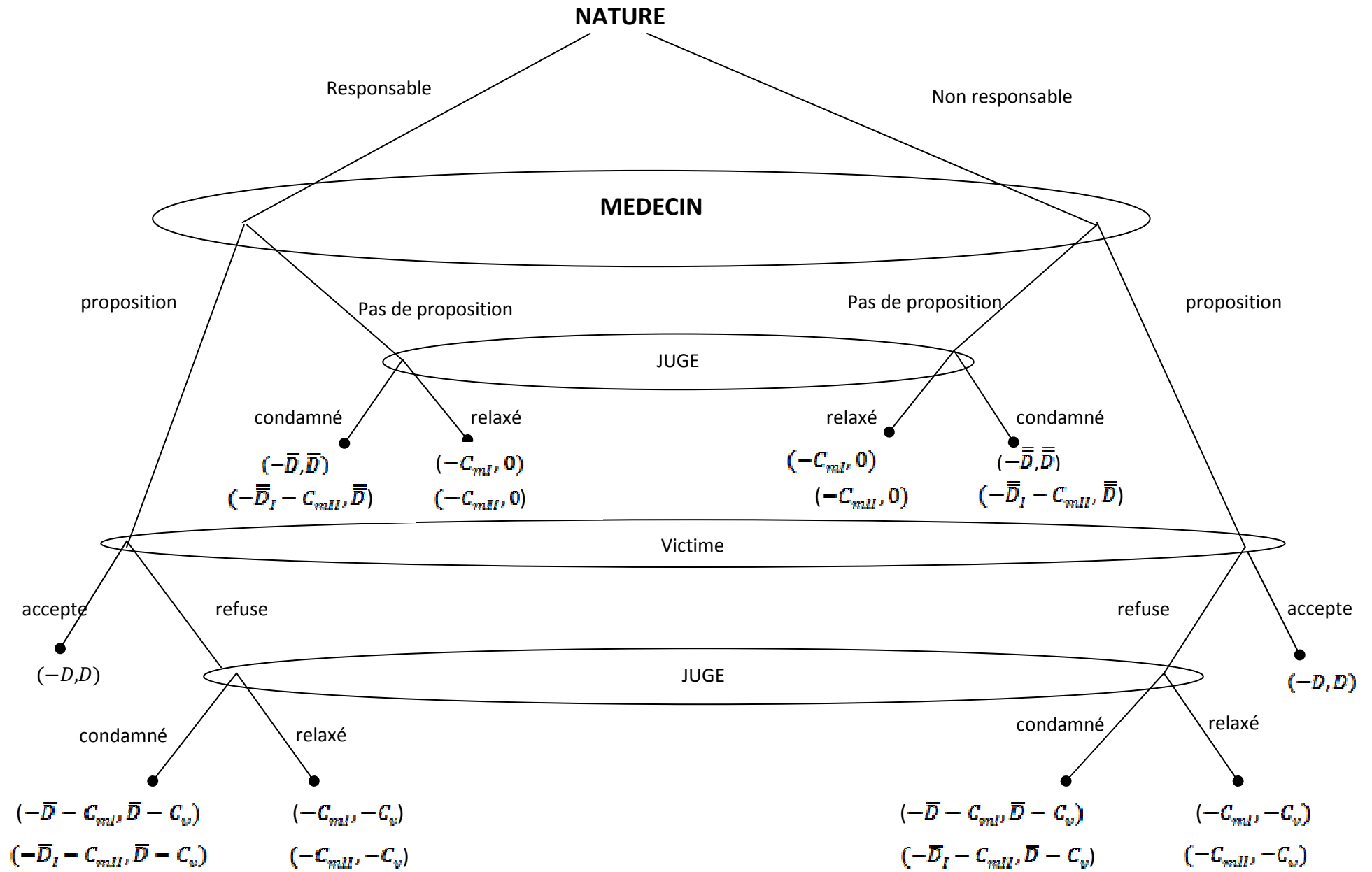
\bar{D}_f : montant de l'indemnisation payée par le médecin s'il n'y a pas de proposition d'arrangement de la part du médecin et que celui-ci est condamné lors du procès (en présence de l'ONIAM).

C_{mI} : coût supporté par le médecin d'aller au procès lorsque l'ONIAM n'est pas présente

C_{mII} : coût supporté par le médecin d'aller au procès lorsque l'ONIAM est présente

L'ensemble de ces variables conditionnant les paiements des joueurs sont considérées comme étant exogènes.

L'arbre de Kühn résumant ce jeu, ainsi que les notations s'y rattachant, est décrit de la manière suivante (les paiements en absence de l'ONIAM sont représentés sur la première ligne alors que les différences entre les paiements induits par la présence de l'ONIAM apparaissent sur la deuxième ligne) :



3. Equilibre du jeu

On se propose d'identifier les équilibres bayésiens du jeu selon la présence ou non de l'ONIAM.

3.1. Jeu sans ONIAM

On propose comme cadre de référence un équilibre séparateur spécifique supposant que le Médecin Non-Responsable ne fait pas de proposition contrairement au médecin responsable. Cette situation nous servira comme repère pour comparer les différentes stratégies des joueurs selon la configuration considérée : avec / sans Oniam.

Les conditions permettant ce type de comportement de la part du médecin sont les suivantes :

- Médecin Non-Responsable ne propose pas :

$$-\pi_{\bar{R}}\bar{D} - C_{ml}(1 - \pi_{\bar{R}}) > -\gamma_{\bar{R}}D - (1 - \gamma_{\bar{R}})[(\bar{D} + C_{ml})\pi_{\bar{R}} + C_{ml}(1 - \pi_{\bar{R}})]$$

On obtient donc après arrangement :

$$D > \frac{\pi_{\bar{R}}[\bar{D} - (1 - \gamma_{\bar{R}})\bar{D}] + (\gamma_{\bar{R}} - \pi_{\bar{R}})C_{ml}}{\gamma_{\bar{R}}} = A$$

- Médecin Responsable fait une proposition :

$$-\gamma_R D - (1 - \gamma_R)[(\bar{D} + C_{ml})\pi_R + C_{ml}(1 - \pi_R)] > -\pi_R \bar{D} - C_{ml}(1 - \pi_R)$$

On obtient donc après arrangement :

$$D < \frac{\pi_R[\bar{D} - (1 - \gamma_R)\bar{D}] + (\gamma_R - \pi_R)C_{ml}}{\gamma_R} = B$$

La victime accepte la proposition si :

$$p(NR|P)D + p(R|P)D > p(NR|P)[\pi_{\bar{R}}(\bar{D} - C_v) - (1 - \pi_{\bar{R}})C_v] + p(R|P)[\pi_R(\bar{D} - C_v) - (1 - \pi_R)C_v]$$

Donc, on obtient :

$$D > p(NR|P)\bar{D}(\pi_{\bar{R}} - \pi_R) + \pi_R \bar{D} - C_v$$

$$p(R|P) < T = \frac{D + C_v - \pi_{\bar{R}}\bar{D}}{\bar{D}(\pi_R - \pi_{\bar{R}})}$$

Lorsqu'on a un équilibre séparateur ($p(R|P) = 1$) on analyse le comportement de la victime. La victime refuse si $D + C_v < \bar{D}$ ce qui implique une valeur faible pour C_v car on a $D < \bar{D}$. Cette stratégie rend l'équilibre du jeu instable car elle n'est pas compatible avec la stratégie du médecin.

En revanche, l'acceptation est optimale pour la victime si $D + C_v > \bar{D}$. On observe ainsi que le basculement vers une stratégie d'acceptation de la part de la victime est conditionnée par l'ampleur des coûts du procès (C_v) qui devient alors un facteur déterminant conditionnant la stabilité de l'équilibre. Lorsque les coûts de procès à la charge de la victime sont relativement élevés, l'arrangement à l'amiable est facilité même si l'indemnisation est plus élevée lorsque la victime est indemnisée lors d'un procès. Il se pose ainsi la question des justiciables bénéficiant d'aide accordée par l'état qui vont privilégier le procès. On peut dans ce cas assister à une hausse des coûts à la charge de l'état et à un recours plus systématique aux tribunaux.

L'acceptation de la part de la victime assure la stabilité de l'équilibre séparateur dont les stratégies s'écrivent alors :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] - [s^M(NR) - Non, s^M(R) - Propose, s^V - Accepte]$$

3.2. Jeu avec ONIAM

Dans ce cas on examine les équilibres du jeu en s'appuyant sur deux hypothèses :

1. $\bar{D}_I < \bar{D}$ et $\bar{D}_I < \bar{D}^{10}$: ONIAM prend en charge une partie de l'indemnisation. L'indemnisation versée par le médecin est alors inférieure à celle versée si l'ONIAM n'est pas présente. Cette situation correspond au cas où la culpabilité du médecin n'est pas reconnue de manière certaine et de ce fait, une partie de l'indemnisation est à la charge de l'Etat.
2. $C_{mII} > C_{mI}$: la présence de l'ONIAM permet de réduire, lors de la condamnation du médecin au procès, le paiement du médecin ; les coûts à la charge du médecin sont plus élevés si l'ONIAM est présente. Cette hypothèse peut se justifier de deux manières. Premièrement, lorsque le médecin n'a pas proposé d'arrangement amiable à la victime, sa condamnation lors du procès va entraîner une hausse de ses coûts en ce

¹⁰ On considère que, toutes choses égales par ailleurs, les deux écarts sont identiques : $\bar{D} - \bar{D}_I = \bar{D} - \bar{D}_I$.

sens que l'ONIAM le « sanctionne » de ne pas avoir facilité l'arrangement à l'amiable. Deuxièmement, lorsque le médecin a proposé, ce coût supplémentaire à sa charge correspond au fait que la présence de l'ONIAM doit être plus coûteuse pour le médecin afin de le dissuader d'adopter un comportement d'aléa moral de sorte qu'il ne révèle pas son véritable type¹¹.

Cas 1

On garde l'équilibre séparateur supposant que le médecin Non-Responsable ne propose pas :

$$D > \frac{\pi_{\bar{R}}[\bar{D}_I - (1 - \gamma_{\bar{R}})\bar{D}_I] + (\gamma_{\bar{R}} - \pi_{\bar{R}})C_{ml}}{\gamma_{\bar{R}}} = A'$$

contrairement au médecin Responsable qui fait une proposition :

$$D < \frac{\pi_R[\bar{D}_I - (1 - \gamma_R)\bar{D}_I] + (\gamma_R - \pi_R)C_{ml}}{\gamma_R} = B'$$

En tenant compte des hypothèses définissant ces cas de figure ($\bar{D}_I < \bar{D}$ et $\bar{D}_I < \bar{D}$) on a $A > A'$ et $B > B'$.

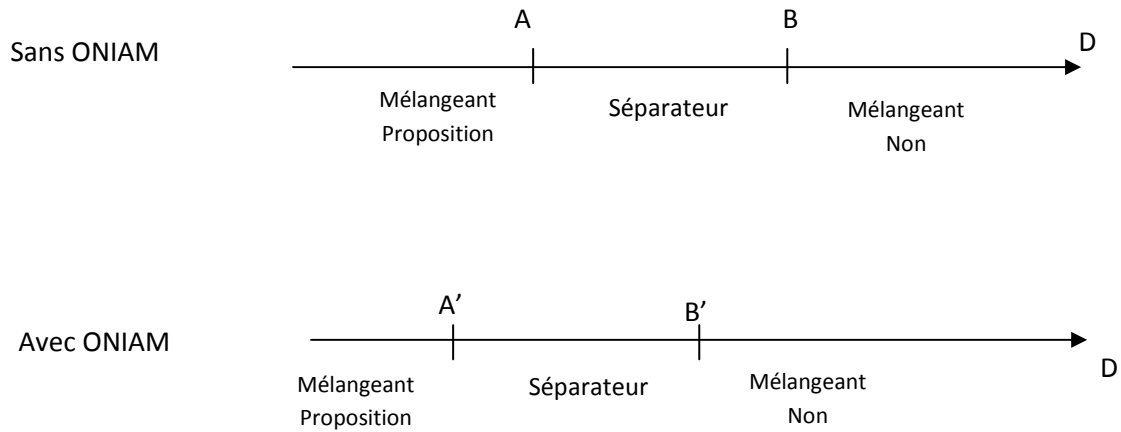
On réalise une analyse comparative des deux équilibres (avec et sans ONIAM) selon la position relative de la variable D (paiement de la victime) par rapport aux seuils A, B, A' et B'.

On peut ainsi identifier trois intervalles d'analyse.

- a) $D \in (A', A)$ impliquant un équilibre mélangeant avec proposition de la part du médecin sans ONIAM et équilibre séparateur avec ONIAM.
- b) $D \in (A, B')$ supposant un équilibre séparateur avec et sans ONIAM.
- c) $D \in (B', B)$ supposant un équilibre séparateur sans ONIAM associé avec un équilibre mélangeant sans proposition dans le cas avec ONIAM.

Ces trois intervalles sont représentés dans le schéma ci-dessous :

¹¹ Plus précisément, selon les modèles de théorie des conflits, l'innocent a tendance à proposer un arrangement faible afin de pouvoir montrer son innocence lors du procès (une proposition trop faible étant refusée par les victimes). Afin d'éviter que les médecins coupables adoptent également ce comportement, un coût supplémentaire est infligé aux médecins condamnés, dans la mesure où ils sont considérés alors coupables sans avoir facilité l'arrangement.



Lorsque D augmente en se déplaçant de A' vers B l'incitation du médecin à éviter la proposition augmente. En même temps, pour une valeur donnée de D , l'incitation du médecin à ne pas proposer est plus grande avec l'ONIAM qu'en absence de l'ONIAM. Autrement dit, la présence de l'ONIAM augmente l'incitation du médecin à ne pas proposer. On peut ainsi assister à un problème d'aléa moral où le médecin responsable est incité à ne pas proposer (se faire passer pour l'autre type et cacher son vrai type)

Dans le premier cas de figure, l'équilibre séparateur sans ONIAM est :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Non, s^M(R) = Propose, s^V = Accepte]$$

L'équilibre mélangeant dans le cas sans ONIAM est donné par les stratégies suivantes :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Propose, s^M(R) = Propose, s^V = Accepte]$$

$$\text{si } D + C_v > \bar{D}[\alpha\pi_R + (1 - \alpha)\bar{\pi}_R]$$

$$\text{ou } [s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Propose, s^M(R) = Propose, s^V = Refuse]$$

$$\text{si } D + C_v < \bar{D}[\alpha\pi_R + (1 - \alpha)\bar{\pi}_R]$$

Dans le cadre du troisième cas de figure l'équilibre séparateur sans ONIAM est donné par les stratégies suivantes :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Non, s^M(R) = Propose, s^V = Accepte]$$

alors que l'équilibre mélangeant supposant l'absence de proposition de la part du médecin en présence de l'ONIAM est donné par :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Non, s^M(R) = Non, s^V = Accepte]$$

$$\text{si } D + C_v > \bar{D}[\alpha\pi_R + (1 - \alpha)\bar{\pi}_R]$$

ou $[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Propose, s^M(R) = Propose, s^V = Refuse]$

si $D + C_v < \bar{D}[\alpha\pi_R + (1 - \alpha)\bar{\pi}_R]$

Cas 2

Dans ce cas, les conditions assurant l'existence d'un équilibre séparateur de type médecin non-responsable ne propose pas alors que le Médecin responsable fait une proposition s'écrivent :

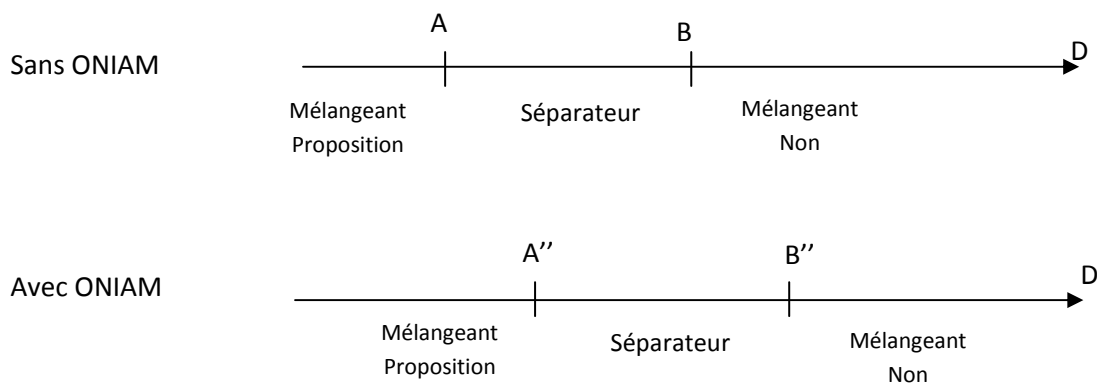
$$D > \frac{\pi_{\bar{R}}[\bar{D} - (1 - \gamma_{\bar{R}})\bar{D}] + (\gamma_{\bar{R}} - \pi_{\bar{R}})C_{mII}}{\gamma_{\bar{R}}} = A''$$

$$D < \frac{\pi_R[\bar{D} - (1 - \gamma_R)\bar{D}] + (\gamma_R - \pi_R)C_{mII}}{\gamma_R} = B''$$

En comparant les seuils délimitant les équilibres séparateurs selon les deux configurations (présence / absence de l'ONIAM), leur positions relatives sont conditionnées, en stratégies pures, par le comportement de la victime.

Ainsi, si la victime refuse la proposition du médecin, on a $A'' < A$ et $B'' < B$ et, selon l'ampleur du paiement de la victime (D), on retrouve les trois cas précédemment analysés. On précise que le refus de la victime implique l'absence de robustesse de l'équilibre séparateur puisque ce dernier suppose l'existence d'une stratégie d'acceptation de la part de la victime. L'intérêt de développer une analyse comparative entre les deux configurations de jeu est ainsi limité.

Si la victime accepte, on a $A < A''$ et $B < B''$. Selon la démarche utilisée précédemment, l'ampleur du paiement de la victime (D) délimite trois intervalles d'analyse :



- a) $D \in (A, A'')$ impliquant un équilibre séparable sans ONIAM associé à un équilibre mélangeant avec proposition de la part du médecin avec ONIAM.
- b) $D \in (A'', B)$ supposant un équilibre séparable avec et sans ONIAM.
- c) $D \in (B, B'')$ supposant un équilibre mélangeant avec absence de proposition de la part du médecin sans ONIAM associé avec un équilibre séparable avec ONIAM.

Pour la première configuration (situation inverse par rapport au cas précédent) l'équilibre séparable sans ONIAM correspond aux stratégies déjà énoncées :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Non, s^M(R) = Propose, s^V = Accepte]$$

alors que la présence de l'ONIAM détermine les stratégies d'équilibres suivantes :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Propose, s^M(R) = Propose, s^V = Accepte]$$

$$\text{si } D + C_v > \bar{D}[\alpha\pi_R + (1 - \alpha)\bar{\pi}_R]$$

On observe que lorsque la présence de l'ONIAM engendre une hausse des coûts l'incitation du médecin à dire NON augmente dans le jeu sans ONIAM. Autrement dit, la présence de l'ONIAM incite le médecin à faire une proposition. Cette solution (jouer sur les coûts) est plus proche de l'objectif fixé par les autorités.

Dans le cas de la troisième situation, l'équilibre mélangeant sans ONIAM s'écrit :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = NON, s^M(R) = NON, s^V = Accepte]$$

$$\text{si } D + C_v > \bar{D}[\alpha\pi_R + (1 - \alpha)\bar{\pi}_R]$$

En présence de l'ONIAM, l'équilibre séparable devient :

$$[s^M(NR), s^M(R), s^V] = [s^M(NR) = Non, s^M(R) = Propose, s^V = Accepte]$$

L'analyse comparative de ce cas par rapport au cas I (situation inverse) nous permet d'observer que les politiques économiques doivent jouer plutôt sur les coûts pour rendre l'ONIAM efficace. Autrement dit, le cas I (l'ONIAM prend en charge une partie de l'indemnisation) peut être associée à un problème d'aléa moral pour le médecin qui dit NON plus facilement par rapport à la situation sans ONIAM. Dans ce cas, l'objectif de l'ONIAM n'est pas atteint.

Conclusion

La loi dite de Kouchner, instaurée en 2002, prévoit la création de l'ONIAM qui est une instance publique autorisée à indemniser les victimes d'accidents thérapeutiques dans deux cas spécifiques supposant l'absence reconnue de responsabilité du médecin et l'absence de proposition de règlement amiable par l'assureur. En même temps, la loi Kouchner se propose de faciliter les accords à l'amiable entre les victimes et les assureurs avant le début de poursuites judiciaires. A partir du constat que cette loi a engendré à la fois une hausse de l'arrangement et des indemnisations, la question de l'efficacité de cette loi est pertinente d'autant plus qu'elle engage une responsabilité financière importante de l'Etat.

Ce papier propose une relecture de l'impact de la création de l'ONIAM sur l'évolution des accords à l'amiable susceptibles d'être passés entre le médecin et la victime. En utilisant un jeu dynamique en information incomplète, on analyse d'une manière comparative les équilibres bayésiens issus de deux configurations de jeu supposant la présence /l'absence de l'ONIAM.

On démontre que l'arrangement à l'amiable est fortement conditionné par l'ampleur des coûts à la charge des parties. La présence de l'ONIAM permet de renforcer l'efficacité des accords à l'amiable à condition que les pouvoirs publics mènent des stratégies portant sur les coûts des acteurs impliqués dans le jeu. En revanche, lorsque les autorités publiques prennent en charge une partie des indemnités versées par les médecins, la présence de l'ONIAM s'avère contreproductive.

Bibliographie

- BEBCHUK L.A. [1984], « Litigation and Settlement under Imperfect Information », *Rand Journal of Economics*, 15(3), pp. 104-415.
- BEJEAN S. et GADREAU M. [1992], "Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire", *Revue d'Economie Politique*, vol 102, n°2, p 207-227.
- BEJEAN S., PEYRON C., URBINELLI R. [2003], « Comportement et activité des médecins libéraux : une approche conventionnaliste, Analyse théorique et empirique », *Cahiers de recherche de la MIRE*, n° 15, pp. 3-8.
- DAUGHETY A. et REINGANUM J. [2005], « Economic theory of settlement bargaining », *Annual Review of Law and Social Sciences*, 1, pp. 35-59.
- DEFFAINS B. [1997], « L'analyse économique de la résolution des conflits juridiques », *Revue Française d'Economie*, 3, pp. 57-101.
- HELMLINGER L. et MARTIN D. [2004], « La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité », *Les Tribunes de la santé*, no 5, p. 39-46.
- KOUCHNER C., LAUDE A., TABUTEAU D. « Rapport sur les droits des malades. Edition 2007-2008. Publication issue d'une recherche financée par la Mission : Recherche pluridisciplinaire sur l'encadrement juridique de la décision médicale », Presses de l'EHESP, 194 pages.
- LAFFONT J-J et TIROLE J. [1993], "A Theory of Incentives in Procurement and Regulation", *MIT Press*.
- LECOCQ P.A., BOUILLART C., SAISON DEMARS J. et LECOCQ S. [2010], L'indemnisation amiable des accidents médicaux. Bilan du traitement de 15.000 dossiers par les CRCI et l'ONIAM et perspectives d'avenir, *Revue Générale de Droit Médical*, n°spécial, Les études hospitalières, 412 pages.
- MOUGEOT M. [1994]. "Systèmes de santé et concurrence", *Economica*.

NAATOWICZ-LAURENT I. [2007], « Les conséquences économiques de l'évolution du droit de la responsabilité civile médicale : un état des lieux », *Revue d'économie politique*, 2007/6 - Volume 117, pp.963-985

PELLET R. :« Pour une nouvelle réforme de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux »), *Colloque du 8 novembre 2007 Responsabilités, assurance et expertises médicales*. http://www.urmlmp.org/pdf_rds/Doc7Pellet.pdf

ROCHAIX L. [1997] « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Économie et Prévision*, 3-4, p.129-130, 11-24,

SPIER K.E. [1992] “The Dynamics of Pretrial Negotiation”, *Review of Economic Studies*, pp. 93-108.

Autres références

Annuaire Statistique de la Justice [2003], Casier judiciaire national, Ministère le Justice.

Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux [2009], *Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM*, miméo

Rapport de la Commission de contrôle des assurances, rapport d'activité 2002-2003.

Rapport de l'Observatoire des Risques Médicaux de 2010, <http://www.lefigaro.fr/assets/pdf/Rapport%202006-2009.pdf>