



DR

BÉNÉDICTE DOLLFUS,
APREF

RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE

2011: UN TOURNANT ?

2011 a vu fleurir une myriade de projets législatifs destinés à trouver une solution pérenne aux problèmes récurrents de la branche en France. Que ressort-il à ce jour de cette intense activité gouvernementale et parlementaire ?

ENJEUX DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE ET SITUATION DU MARCHÉ

La Responsabilité Civile Médicale (RCM) est pour l'assureur et le réassureur l'une des branches les plus difficiles à pratiquer et à maîtriser. La capacité nécessitant des engagements à long terme et une expertise particulière est dès lors concentrée en assurance, souvent chez des acteurs spécialisés, ainsi que chez quelques réassureurs.

Les enjeux sont aussi politiques et sociaux. La France ayant fait le choix de la santé pour tous au moindre coût pour le patient, et le déficit de la Sécurité sociale devant être limité, les honoraires des professionnels de santé sont encadrés ce qui pose, pour certains professionnels « à risque » conventionnés, le problème de la capacité à payer des primes d'assurance correspondant au risque potentiel encouru dans leur métier. Dans un même temps, l'évolution d'une société soucieuse de sécurité, demandeuse d'une médecine de résultats, et plus procédurière, pèse sur la fréquence des réclamations et la sinistralité.

S'ajoutent les enjeux juridiques et judiciaires. Le principe de la **réparation intégrale** prévaut sans que les décisions des tribunaux ne soient encadrées, et la **responsabilité du praticien est en théorie illimitée**. Le juge est



Georgemuresan/Fotolia

libre de définir les postes de préjudice des patients qui ne cessent de s'étendre. Les juridictions utilisent des barèmes médicaux divers pour mesurer les taux d'invalidité, et des barèmes de capitalisation hétérogènes pour l'évaluation des préjudices futurs, les missions d'expertise sont peu définies. La conséquence de l'absence de référentiel est une inflation des indemnisations des corporels graves, constatée aussi dans d'autres branches, qui ont augmenté sans commune mesure avec le taux d'inflation réel. Elle est aussi fruit de grandes disparités dans le traitement des victimes.

Enfin, la responsabilité des professionnels à risque est une des branches les plus complexes à assurer : branche à **déroulement potentiellement très long** qui sera pénalisée par Solvabilité II. Elle est soumise à une latence dans la manifestation et la déclaration des sinistres, et à des règlements qui peuvent s'échelonner jusqu'à 30 ans, en particulier pour les accidents liés à la naissance. Il s'agit ensuite d'une branche non autonome à l'intérieur de la branche RC et dont les résultats sont mal connus, particulièrement en ce qui concerne les sinistres en cours non encore réglés. Il s'agit enfin d'un marché étroit, en chiffre d'affaires (<500M€) comme en nombre d'assurés, et très segmenté par spécialités, ce qui rend les professions à risque difficiles à assurer, limité en nombre d'acteurs en assurance et largement réassuré.

Les dérives jurisprudentielles et l'incertitude quant à l'évaluation des risques et la connaissance de la branche ont largement favorisé la crise de la RCM à laquelle les pouvoirs publics cherchent à apporter des solutions durables en légiférant.

2002-2010 : ÉVOLUTION DU CADRE RÉGLEMENTAIRE ET MISSION JOHANET

Les lois Kouchner et About de 2002 ont défini un cadre réglementaire sécurisant. Elles ont posé le principe d'une responsabilité sans faute prise en charge par la solidarité nationale (ONIAM) à laquelle se substitue l'assurance en cas de faute. L'ONIAM se retourne alors contre le praticien qui fait jouer son assurance, mais est redevable sur ses biens propres en cas de défaut ou d'insuffisance d'assurance. Cette assurance devenait obligatoire avec un minimum de 3 M€ par sinistre et 10 M€ par an. Enfin le déclencheur de la garantie dans le temps devenait la date de réclamation de la victime, et la garantie devait être prolongée jusqu'à 10 ans après résiliation de la police d'assurance en cas de cessation d'activités, le tout permettant d'offrir au praticien responsable une meilleure protection dans le temps.

Il est apparu rapidement que trois problèmes importants subsistaient. D'une part, segmentation du marché aidant, les primes des professions à risque continuaient de monter. Le gouvernement a donc subventionné les primes d'assurance des professionnels conventionnés-accrédités. Ensuite, deux « trous de garanties » menaçaient les praticiens et provoquaient un risque de ruine personnel, avec la crainte d'une désaffection pour les spécialités les plus visées (chirurgiens, anesthésistes, et surtout gynécologues-obstétriciens) : « en montant » du fait du risque d'une condamnation à une indemnisation supérieure à la limite de la police d'assurance, « dans le temps », le

sinistre pouvant être déclaré après la période de 10 ans suivant la cessation d'activités.

Le gouvernement a confié à Gilles Johanet en 2010 deux missions interministérielles, la première pour établir un état des lieux, la deuxième pour faire des préconisations. Les conclusions de ces rapports sont : « une meilleure transparence par autonomie de la branche, une limitation de la garantie dans le temps à 10 ans pour tous les professionnels libéraux, une harmonisation des couvertures (seuil minimum 5M€) et du traitement des victimes par une reprise d'éléments de la Loi Lefrand et la diffusion d'un référentiel d'indemnisation (de type ONIAM), enfin la suppression des trous de garantie en montant par l'instauration d'un Pool de co(ré)assurance, financé par la mutualisation la plus large possible entre assurés sociaux et praticiens de la santé, l'adhésion étant obligatoire pour les assureurs ».

POINT 2011

En 2011, parlementaires et gouvernement ont voulu donner au rapport une concrétisation législative. Après de nombreuses discussions, le Parlement a voté l'article 56 de la Loi Fourcade prévoyant la prise en charge par l'ONIAM – sans recours – du « trou de garantie » dans le temps pour toutes les professions à risques. Le gouvernement a choisi, non la solution de Pool de marché défendue par M. Johanet et les réassureurs, mais la prise en charge du « trou de garantie en montant » par un fonds public géré par la CCR, le financement du fonds reposant sur un dispositif de mutualisation et une contribution forfaitaire obligatoire de tous les professionnels de santé. Dans le même temps le gouvernement préconisait, selon les souhaits des assureurs et réassureurs, un minimum légal d'assurance par sinistre à 8M€ à entériner par décret, afin de ne pas empiéter sur le marché de l'assurance et de la réassurance existant. Enfin, l'article reprenait les éléments de la Loi Lefrand visant à une meilleure homogénéité du traitement des victimes par un encadrement des indemnisations (barème médical unique, nomenclature des postes de préjudice, et aussi

étude de la mise en place d'un référentiel et d'une base de données des indemnisations).

Un grand pas vers une solution globale, consensuelle et durable recherchée semblait enfin franchi, lorsque le 4 août le Conseil

Constitutionnel a censuré les dispositions de la loi relatives à la RCM pour utilisation d'un véhicule législatif inadéquat.

Le gouvernement a exprimé sa ferme intention de faire adopter néanmoins ces dispositions avant la fin de cette législature. L'article 60 du PLF 2012 voté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 novembre paraît apporter enfin une solution au risque de ruine redouté par les médecins, tant en termes d'épuisement que d'expiration de la garantie, par le dispositif de fonds mis en place. Il reste à trouver un support législatif pour la reprise des éléments de la Loi Lefrand offrant une plus grande sécurité juridique à l'ensemble des acteurs. Manque à tous ces projets l'utilisation systématique d'un référentiel de type ONIAM, demandé par l'APREF, qui assurerait une meilleure harmonisation des indemnisations pour les victimes et une meilleure prévisibilité pour la branche. ■

BÉNÉDICTE DOLLFUS,

DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL, APREF



Alexander Raths/Foto12