



RHÔNE-ALPES

UNION RÉGIONALE DES
MÉDECINS LIBÉRAUX
DE RHÔNE-ALPES

URMLRA
20, rue Barrier
69006 Lyon

Tél : 04 72 74 02 75
Fax : 04 72 74 00 23
Mail : urmlra@urmlra.org
www.urmlra.org



LA RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE DES MEDECINS

PROJET INTER-URML

« RECONCILIER DROIT ET SOINS »



Union Régionale
des Médecins Libéraux
du Languedoc-Roussillon

URML
Languedoc-Roussillon



Béatrice LE NIR
Décembre 2004

PROJET INTER-URML
« RECONCILIER DROIT ET SOINS »

2003-2004

LA RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE
ET
L'ASSURANCE DES MEDECINS

Décembre 2004

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les Présidents, les Elus et les membres des URML pour l'opportunité qu'ils me donnent de participer et de contribuer au travail de réflexion et de proposition qu'ils ont entrepris à travers le Projet Inter URML « Réconcilier Droit et Soins » et pour la confiance qu'ils m'accordent en m'en confiant la coordination.

Je remercie

Le Docteur Pierre MONOD, président de la Conférence Nationale des Présidents des URML et Président de l'URML Languedoc-Roussillon,

Le Docteur Jean-Jacques GALOUYE, Président de l'URML Midi-Pyrénées et Président du Comité de Pilotage « Réconcilier Droit et Soins »,

Le Docteur Alain LE MAGUET, Trésorier de la Conférence et Président de l'URML Basse-Normandie,

Le Docteur Jacques CATON, Président de l'URML Rhône-Alpes et Président du Syndicat National des Chirugiens Orthopédistes (SNCO),

Le Docteur Guy-Marie COUSIN, Président du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF),

Le Docteur Jean-Paul ORTIZ, Président du Syndicat des Médecins de l'Hospitalisation Privée (CSMF-SYMHOP),

Le Docteur Michel LEVY, Secrétaire Général du Syndicat National des Anesthésistes réanimateurs de France (SNARF),

Le Docteur Jean MARTY, Chef de Projet « Réconcilier Droit et Soins »,

Tous les participants à ce projet pour l'accueil qu'ils me réservent, et la disponibilité dont ils savent faire preuve lors de mon intervention.

J'exprime ma profonde reconnaissance aux experts et personnalités avec lesquels j'ai pu travailler, et en particulier au Professeur Rémi PELLET, pour la qualité, la clarté et la richesse de leurs interventions.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
I. <u>ETAT DES LIEUX</u>	11
I.1. Les difficultés nées de l'évolution du régime de la responsabilité juridique des médecins libéraux	11
A. La confirmation de la responsabilité pour faute.....	11
B. La possible survivance de la présomption de responsabilité des médecins.....	13
C. L'abolition de la responsabilité sans faute jurisprudentielle pour infection nosocomiale.....	13
D. Une obligation générale d'assurance, pénalement et disciplinairement sanctionnée.....	14
<u>L'obligation de souscrire une assurance</u>	14
<u>La contrepartie : le Bureau Central de Tarification</u>	15
<u>Le problème de l'assurance des remplaçants</u>	19
<u>L'exception légale</u>	20
<u>L'étendue de l'obligation d'assurance</u>	21
E. La loi organise la prise en charge la réparation des conséquences des Risques Sanitaires.....	22
F. Durée de prescription de la responsabilité médicale et durée de l'assurance obligatoire.....	24
<u>L'harmonisation des durées de prescription</u>	24

<u>La durée de l'obligation d'assurance</u>	25
<u>La cessation d'activité partielle du professionnel de santé</u>	30
I. 2. Les solutions d'urgence	31
A. L'assurance auprès d'une compagnie étrangère.....	31
B. Les contrats de pratiques professionnelles.....	32
C. Le recours au BCT.....	33
D. Le lancement d'une mission d'étude.....	33
II. <u>LES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS A LONG TERME</u>	35
II.1. Une idée vite abandonnée : la limitation de la responsabilité des médecins par voie contractuelle	36
II. 2. Les propositions inspirées par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances	38
II. 3. Les propositions des URML et de certains syndicats de spécialités	39
II. 4 RESIRISQ	42
II. 5 Le « pooling », une solution à la maîtrise des primes d'assurance par les médecins ?	48
CONCLUSION	51
ANNEXE	

INTRODUCTION

En 2001, deux évènements ont été prétextes au bouleversement du monde de l'assurance en responsabilité civile professionnelle médicale.

Le 28 novembre 2001, l'arrêt n° 486, dit « Perruche », de l'assemblée plénière de la Cour de Cassation concrétise les craintes des praticiens et des assureurs de voir s'amplifier le mouvement de judiciarisation du monde médical, avec le risque d'un rattrapage des pratiques américaines dans le domaine de l'indemnisation des accidents médicaux.

Le 11 septembre 2001, l'horreur des attentats terroristes de New-York et de Washington et le crash boursier qui s'en suit plongent le monde des assureurs dans une crise et les privent d'un coup des importants revenus financiers de leurs placements.

Mais c'est au lendemain du vote de la Loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner qui refonde en France les bases de la responsabilité médicale, que les assureurs présents sur le marché français de la RCP médicale annoncent leur volonté de retrait.

Les deux assureurs qui ont concentré un grand nombre de contrats dans les années précédentes sont américains (Saint Paul et ACE) décident de se retirer et entraînent dans leur sillage les assureurs français non spécialisés qui restaient sur le marché sans « investir » dans le secteur depuis de nombreuses années.

La responsabilité civile médicale n'est plus assurable ; les risques ne sont plus évaluables, les primes augmentent de manière exponentielle pour les spécialistes libéraux exerçant sur des plateaux techniques et pour tous les établissements de santé.

Pendant plusieurs mois, l'urgence pour tous – Ministère de la Santé, représentants de médecins et des établissements et assureurs – est de trouver un compromis qui permette que la profession soit assurée au 1^{er} janvier 2003.

Les intenses négociations de l'automne 2002 se concrétisent par :

- Le vote de la Loi du 30 décembre 2002, dite Loi About, exigée par les assureurs en contre partie de la création du Groupement Temporaire d'Assurance Médicale (GTAM) qui fournira une assurance professionnelle à tous les praticiens et établissements qui en sont dépourvus pour l'année 2003.
- Les assureurs, par la voie du Président de la FFSA, promettent, c'est juré, la baisse des primes dans la foulée et le retour des assureurs sur le marché français.

Dés le printemps 2003, il devient évident que le marché de l'assurance ne se reconstitue pas. Dès le mois de juin 2003, les lettres de dénonciation de contrat se multiplient et aucune solution de remplacement au système du GTAM n'apparaît.

Dans une première partie, nous allons retracer l'état des lieux de la situation de la responsabilité civile professionnelle et l'assurance des médecins libéraux mise en exergue au travers du travail de réflexion du Projet « Réconcilier Droit et Soins », en laissant délibérément de côté les établissements de santé :

- en analysant dans un premier temps les conséquences réelles ou supposées du changement législatif de 2002 – les lois Kouchner et About ont-elles aggravé réellement la responsabilité des médecins,
- en passant en revue les différents problèmes rencontrés en pratique par les médecins pour leur assurance et les solutions temporaires mises en place.

Dans une deuxième partie, nous récapituler les différents travaux menés depuis le début de l'année 2003 tant par les URML à travers « Réconcilier Droit et Soins » que par d'autres acteurs du secteur et en particulier les assureurs, afin de trouver une solution pérenne à l'assurabilité des médecins.

I. ETAT DES LIEUX

Les lois du 4 mars et du 30 décembre 2002 ont apporté de profonds changements dans le domaine de la responsabilité civile médicale. Les assureurs en ont largement pris prétexte pour se retirer du marché ou pratiquer de fortes augmentations du prix des primes. Peut-on vraiment dire que ces deux lois ont aggravé la situation d'indemnisation ?

I.1. Les difficultés nées de l'évolution du régime de la responsabilité juridique des médecins libéraux

Sous l'effet de la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 et de la loi N° 2002-1577 du 30 décembre 2002, le régime de la responsabilité juridique des médecins a été remanié. Les effets sur l'assurance des médecins, combinés à l'évolution de l'environnement sont multiples, complexes et contradictoires, sans qu'on puisse toujours en apprécier à ce point l'impact positif ou négatif.

A. La confirmation de la responsabilité pour faute

La loi pose le principe selon lequel la responsabilité des professionnels n'est engagée qu'en raison d'une faute, hors l'hypothèse d'un produit de santé.

La loi du 4 mars dispose que « *hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé (..), ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ». (Art. L. 1142-1. - I. Code de la Santé Publique).

La loi du 4 mars a donc remis en cause les jurisprudences administratives qui admettaient dans certains cas la responsabilité sans faute des établissements et praticiens de santé pour des actes médicaux :

Jurisprudence GOMEZ¹, l'utilisation d'une nouvelle thérapeutique
Jurisprudence N'GUYEN et JOUAN², les centres de transfusion sanguine
Jurisprudence BIANCHI³ et Joseph Imbert d'Arles⁴, l'aléa thérapeutique.

Le juge administratif exigeait que sept conditions soient réunies pour mettre en cause la responsabilité sans faute :

- l'acte médical doit présenter un risque,
- ce risque doit être connu,
- ce risque doit être exceptionnel,
- l'acte médical doit être la cause directe du dommage,
- le dommage doit être sans rapport avec l'état initial du patient ou son évolution prévisible,
- le patient ne devait pas être prédisposé au risque qui s'est réalisé,
- l'état du patient doit revêtir un caractère d'extrême gravité.

Il faut noter que la Cour de Cassation a toujours refusé de transposer le principe d'une responsabilité sans faute en cas d'aléa thérapeutique dans le champ de la responsabilité des cliniques et des médecins libéraux.

En posant un principe général de responsabilité pour faute des établissements et praticiens de santé qui s'impose aux juridictions tant administratives que judiciaires, la loi du 4 mars 2002 annule les jurisprudences administratives antérieures et met fin à toute possibilité d'évolution des positions de la Cour de Cassation de celles du Conseil d'Etat sur ce sujet. « Une jurisprudence qui aboutirait, par le biais d'une obligation de résultat liée au contrat médical, à rendre les professionnels responsables sans faute, serait contraire au nouveau droit d'ordre public ».⁵

La loi du 4 mars 2002 exclut donc tout régime de responsabilité sans faute, hors les cas prévus par le législateur.

¹ Cour Administrative d'Appel de Lyon, 21 décembre 1990, Consorts Gomez, Rec. 498

² Conseil d'Etat, Ass., 26 avril 1995, Consorts N'Guyen, Rec. 221

³ Conseil d'Etat, 9 avril 1993, Bianchi, Rec. 127

⁴ Conseil d'Etat, sect., 3 novembre 1997, hôpital Joseph Imbert d'Arles, Req. N° 153686

⁵ Frédérique Dreifuss-Netter, « Feue la responsabilité civile contractuelle des médecins ? », Resp. civ. Et ass. Octobre 2002, p.7

B. La possible survivance de la présomption de responsabilité des médecins

Cependant, la loi n'interdit pas la possibilité pour les juges d'invoquer une présomption de faute :

- jurisprudence judiciaire sur les présomptions de faute pour les obligations de résultat allégées mises à la charge des praticiens de santé
- confirmation légale de la présomption de faute pour défaut d'information du patient.

C. L'abolition de la responsabilité sans faute jurisprudentielle pour infection nosocomiale

Pour les médecins, et seulement pour eux, la loi remet en cause la jurisprudence de la Cour de Cassation sur les infections nosocomiales : elle applique un strict régime de responsabilité pour faute aux professionnels de santé libéraux en cas d'infection nosocomiale.

La loi consacre la responsabilité des médecins pour une faute prouvée par la victime : les praticiens de santé ne sont plus soumis à une obligation de résultat non plus qu'à un régime de responsabilité sans faute.

Les médecins libéraux ne sont soumis qu'à une simple obligation de moyens. En l'absence de faute du médecin, les victimes d'infections nosocomiales contractées en cabinet pourront être indemnisées par la solidarité nationale. Pour les médecins exerçant en clinique, il ne devrait plus y avoir partage de responsabilité entre médecins et établissement, ce qui allège la charge des médecins, tout en augmentant celle des établissements .

Les primes des médecins libéraux devraient donc diminuer.

La prise en charge par la solidarité nationale s'étend aux infections nosocomiales fautives, dans le cas où la loi ouvre droit à réparation au titre de la solidarité nationale, soit pour « *les dommages résultant d'infections nosocomiales dans les établissements, services ou organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 1142-1 correspondant à un taux d'incapacité permanente supérieur à 25 % déterminé par référence au barème mentionné au II du même article, ainsi que les décès provoqués par ces infections nosocomiales* ». La loi prévoit cependant le droit de l'ONIAM d'exercer une action récursoire contre ceux qui

auraient manqué aux obligations réglementaires en matière de lutte contre les infections nosocomiales, nonobstant d'éventuelles actions pénales ou disciplinaires.

A noter que la loi du 30 décembre 2002 a modifié les conditions d'application de la loi du 4 mars dans le temps afin de neutraliser une jurisprudence qui était pourtant favorable aux médecins libéraux.

Un jugement du Tribunal de Versailles du 21 novembre 2002, Epx X. c/ SA Clinique Sully et Dr. Y et alii, N°00/06858 et un Arrêt de la Cour de Cassation du 22 novembre 2002 ont fait bénéficier dans les deux cas les médecins impliqués des effets immédiats de la loi du 4 mars 2002 demandant une faute prouvée de la victime pour mettre en jeu la responsabilité des praticiens et cela pour des faits antérieurs et des procédures en cours au 5 septembre 2001, date d'application de la loi du 4 mars 2002.

La loi du 30 décembre 2002 a réécrit l'art 1001, al. 1 de la loi du 4 mars 2002, faisant perdre aux médecins libéraux le bénéfice de la nouvelle responsabilité pour faute prouvée par la victime pour les actes antérieurs au 5 septembre 2001.

D. Une obligation générale d'assurance, pénalement et disciplinairement sanctionnée

L'obligation faite par la loi Huriet aux promoteurs de recherche est généralisée par la loi du 4 mars 2002 à l'ensemble des praticiens libéraux et établissements de santé.

L'obligation de souscrire une assurance

En application de l'article L. 1142-2 CSP, « *les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, (..) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison*

de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins ».

L'obligation de s'assurer est assortie de sanctions financières, disciplinaires et pénales. (Art. L. 1142-25. - *Le manquement à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est puni de 45 000 euros d'amende. Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au présent article encourent également la peine complémentaire d'interdiction, selon les modalités prévues par l'article 131-27 du code pénal, d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. Cette interdiction est portée à la connaissance du représentant de l'Etat dans la région qui en informe les organismes d'assurance maladie.*)

La loi du 30 décembre 2002 a cependant apporté un délai d'application à cette obligation d'assurance en la reportant au 1^{er} janvier 2004.

La contrepartie : le Bureau Central de Tarification

L'obligation d'assurance est assortie de la garantie théorique d'être assuré. L'article L252-1 du Code des Assurances prévoit que *« toute personne assujettie à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 CSP qui, ayant sollicité la souscription d'un contrat auprès d'une entreprise d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnée au même article, se voit opposer deux refus, peut saisir un bureau central de tarification dont les conditions de constitution et les règles de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Le bureau central de tarification a pour rôle exclusif de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé. Il peut, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, déterminer le montant d'une franchise qui reste à la charge de l'assuré ».*

La procédure applicable pour pallier à un refus d'assurer des compagnies d'assurance n'a pas pris effet immédiatement. L'Arrêté du 30 juin 2003 portant nomination au Bureau central de tarification a été publié au Journal Officiel du 8 juillet 2003 et le BCT (Bureau Central de Tarification) n'a été en mesure d'étudier les dossiers qui lui étaient soumis qu'à l'automne 2003. Le nombre de médecins et d'établissements qui ont été dans l'obligation de faire appel

à cette procédure a été tel que deux mesures ont été prises en Décembre 2003 afin que soit respecté l'engagement du Ministre de la Santé que tous soient assurés au 1^{er} janvier 2004 :

- Le BCT a mis en œuvre une procédure « allégée » pour accélérer le traitement des dossiers ne faisant pas ressortir de risques particuliers,
- Les assureurs relevant du « Groupement Temporaire d'Assurance Médicale » (GTAM) se sont engagés à prolonger de 6 mois tous les contrats d'assurance souscrits auprès d'eux en 2003 pour tous ceux qui au 13 janvier 2004 avaient déposé un dossier au BCT ou entrepris la démarche de consultation des sociétés d'assurance en vue d'un tel dépôt, sur simple demande écrite.

La loi prévoit aussi qu'en cas de risque particulièrement élevé, le BCT saisisse le représentant de l'Etat du département d'origine du professionnel concerné et qu'il fixe le montant de la prime d'un contrat ne pouvant excéder 6 mois. Cette procédure a été utilisée par le BCT. Sur la base des questionnaires déclaratifs types par spécialité que les médecins doivent présenter pour consulter les assureurs en vue d'un contrat et pour le saisir, le BCT a, en particulier, constaté une possible anomalie dans le fonctionnement d'un anesthésiste et l'a déclaré aux tutelles sanitaires. Il va sans dire que cela a été interprété comme un « système de délation » par la profession, d'autant plus que les « mauvaises pratiques » repérées tenaient plus de réponses incomplètes à des questionnaires qu'à des pratiques réellement hors normes.

En pratique, dès sa constitution au cours de l'été 2003, le BCT constitué de représentants des assureurs et des professionnels et établissements de santé, a établi des questionnaires de recueil d'informations sur les pratiques médicales avec une déclinaison par spécialité « particulièrement exposée (Anesthésie, chirurgie, gynéco-obstétrique, échographie) et un barème des primes applicables aux professionnels en fonction de leur spécialité et des types d'actes pratiqués, et ayant au plus deux sinistres déclarés au cours des cinq dernières années.

Pour les praticiens ayant plus de deux sinistres déclarés au cours des cinq dernières années, les dossiers ainsi qualifiés de risques particuliers, sont examinés au cas par cas et la prime de base est alors assortie d'une majoration en fonction de l'aggravation du risque et d'une franchise de 3 000 euros par sinistre.

L'article L.252-2 C.A. prévoit que toute société d'assurance qui maintient son refus de garantir le risque pour lequel le BCT a fixé une prime encourt des sanctions allant jusqu'au retrait de son agrément comme assureur en responsabilité civile.

En pratique, certaines sociétés ont dénoncé tous leurs contrats de RCP médicale à partir de Juin 2003.

Dans un premier temps, elles ont soit répondu négativement aux demandes d'assurance des médecins, soit ignoré ces demandes, ce qui revenait à faire une réponse négative selon la procédure du BCT. Les médecins disposant de deux refus au moins ont pu présenter des dossiers au BCT en désignant, parmi les assureurs qui leur avaient opposé ces refus, celui par lequel ils désiraient être assurés. Le BCT a alors émis une notification fixant le montant de la prime due, à charge pour le médecin de contacter l'assureur choisi pour l'établissement du contrat.

Dans un deuxième temps, ces mêmes assurances, voyant que le montant des primes fixées par le BCT était nettement inférieur à celles qu'elles souhaitaient obtenir, ont commencé à répondre favorablement aux demandes d'assurance à des montants supérieurs de 50 % aux primes fixées par le BCT. Les praticiens se sont alors trouvés dans la situation d'être assurés pour des montants exorbitants, sans pouvoir avoir recours à la procédure BCT puisqu'ils n'étaient plus sans assurance.

De son côté, le BCT a refusé d'être saisi pour revoir des dossiers de primes jugées trop élevées par ceux qui les présentaient.

Par ailleurs, plusieurs cas d'appréciation erronée du type d'activité d'un praticien ont donné lieu à des décisions de fixation de primes non-conformes aux « barèmes » admis par le BCT. Il s'agit en particulier de gynécologues-obstétriciens pratiquant l'obstétrique mais pas la chirurgie (tarif admis : 12 500 euros) et de praticiens n'ayant d'autres gestes que l'échographie obstétricale (tarif admis : 5 000 euros), qui se sont vus les uns et les autres appliquer des tarifs communs des chirurgiens et des gynécologues qualifiés (16 600 euros), etc...

Leurs demandes de révision des décisions les concernant n'ayant pas été prises en compte dans un premier temps, une étude des voies de recours contre les décisions du BCT a été menée.

Un recours amiable est possible, avec l'accord du Commissaire du Gouvernement auprès du BCT et sur avis favorable du rapporteur médical du dossier initial⁶. Au début de l'année 2004, ces recours ont été très difficiles à obtenir, sans doute à cause du très grand nombre de dossiers dont le BCT a eu à traiter pour 2004.

Par ailleurs, il s'est avéré qu'il n'y avait pas de recours possible en excès de pouvoir par exemple contre le BCT par le praticien lésé. En effet, la notification du BCT n'est pas opposable au praticien, puisqu'elle fixe la prime à laquelle il peut s'assurer auprès de tel assureur et qu'il reste libre d'en faire usage ou non. C'est à l'assureur que la notification du BCT est opposable, puisque malgré son refus initial de l'assurer, elle le contraint de prendre l'assuré au prix fixé par le BCT si celui-ci lui demande un contrat.

Parmi les conséquences inattendues des lois de 2002, il en est une qui pénalise gravement la pratique médicale et la continuité des soins dans certaines spécialités puisqu'elle concerne la possibilité pour un médecin de se faire remplacer par un confrère.

⁶ Article R 250-6 du Code des assurances : « *Le Bureau central de tarification est assisté d'un commissaire du Gouvernement, suppléé éventuellement par un commissaire du Gouvernement adjoint, nommés par le ministre de l'économie et des finances. Toutefois, pour l'application de l'article 1234-10 du code rural, le commissaire du Gouvernement et le commissaire du Gouvernement adjoint sont nommés par arrêté du ministre chargé de l'agriculture. Le commissaire du Gouvernement assiste à toutes les réunions. Il peut demander au bureau, soit immédiatement, soit dans les trente jours suivant une décision, un nouvel examen de l'affaire dans le délai qu'il fixera* ».

Le problème de l'assurance des remplaçants

Traditionnellement, les contrats d'assurance des praticiens libéraux prévoyaient que « *la garantie est étendue à la responsabilité civile que le remplaçant du sociétaire peut lui-même encourir sous réserve :*

- *Le remplacement soit légalement autorisé par les instances professionnelles.*
- *L'assuré remplacé ait cessé totalement l'exercice de sa profession pendant la durée du remplacement (hors obligation d'assistance à personne en péril définie par le Code Pénal),*
- *Le remplaçant ne soit pas titulaire d'une assurance couvrant le même risque »⁷.*

Les spécialistes remplaçants remplissent souvent leur obligation d'assurance dans le cadre d'une pratique habituelle différente de celle qu'ils exercent dans le cadre du remplacement.

En gynéco-obstétrique par exemple, le remplaçant peut être praticien hospitalier temps partiel ou gynécologue-obstétricien installé en ville et être assuré en tant que tel. Il n'est donc pas couvert par son assurance habituelle pour les actes techniques pratiqués dans le cadre du remplacement de jour ou de garde ou d'astreinte. C'est alors qu'intervient la clause mentionnée plus haut.

Depuis le début de l'année 2003, certains assureurs proposent de nouveaux contrats excluant cette clause.

Par contre, d'autres assureurs qui ont cette clause dans leurs contrats affirment aux médecins qui les interrogent qu'elle n'est plus applicable sur la base de la nouvelle obligation d'assurance créée par la loi du 4 mars 2002, sans admettre « l'assurance pour le compte de » que représente la transmission de garantie du médecin titulaire sur son remplaçant.

Tous refusent unanimement d'assurer les remplaçants, sauf à leur appliquer pour une pratique « occasionnelle » les mêmes barèmes qu'aux praticiens installés en exercice libéral à plein temps.

⁷ Art. 2 du contrat RCP et protection juridique des professionnels de santé – Le Sou Médical / MACSF

Cette situation est critique pour certains spécialistes qui sans remplaçant, ne peuvent plus assurer la continuité des soins dans leur établissement ou leur cabinet.

Si dans certains cas le prix de l'assurance est tel qu'il la rend économiquement impossible, privant ainsi le système de soins de l'appui de ressources humaines déjà rares, il existe des cas où un praticien libéral peut se trouver dans l'impossibilité d'être assuré et potentiellement contraint d'arrêter d'exercer.

L'exception légale

Le passage par le BCT a été la règle plutôt que l'exception pour des milliers de spécialistes chirurgiens, gynéco-obstétriciens et anesthésistes libéraux ou ayant une activité libérale à l'hôpital public dans leur recherche d'assurance pour l'année 2004. Or, l'obligation d'assurer découle directement de l'obligation légale d'assurance édictée par la loi du 4 mars 2002.

Il existe « en France » des praticiens libéraux qui ne sont pas soumis à l'obligation d'assurance. En effet, l'Ordonnance N° 2003-166 du 27 février 2003 « prise pour l'application outre-mer de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » n'étend pas l'application de l'art. L. 1142-2 CSP aux Territoires d'Outre-mer. En conséquence, les praticiens libéraux qui se voient refuser un contrat d'assurance en RCP par les assureurs qu'ils sollicitent n'ont aucun recours. Même si elle n'est pas pour eux une « obligation légale », elle leur est indispensable pour continuer à exercer. Le cas s'est présenté pour un gynécologue obstétricien à qui les assureurs français ont refusé de l'assurer au motif qu'ils « ne pouvaient pas » assurer les ressortissants des TOM ! Le BCT étant légalement incompétent, ni le Ministère des Finances ni le Ministère de la Santé n'ont trouvé de solution. Il a in extremis trouvé une assurance auprès de la seule compagnie d'assurance étrangère totalement indépendante de la tutelle française avec toutes les incertitudes que l'administration française a elle-même relevées sur cette assurance⁸.

⁸ Rapport IGAS / IGF du janvier 2004

L'étendue de l'obligation d'assurance

La loi du 4 mars 2002 prévoit que *« l'assurance des établissements (...) couvre leurs salariés agissant dans la limite de leur mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical. »* Ceci veut dire que les médecins salariés sont couverts par l'assurance de l'établissement dans lequel ils exercent.

Or, de tout temps, les praticiens hospitaliers ont passé des contrats d'assurance responsabilité civile pour couvrir leur responsabilité civile personnelle qui peut être mise en jeu par la jurisprudence en dehors des fautes de service. En effet, la jurisprudence admet le cumul de la responsabilité personnelle délictuelle d'un praticien salarié et de la responsabilité de l'établissement (Arrêt TC 14 février 2000, M. Ratinet c/ CHR de Nancy et Dr. G.D. et Cass.1^{ère} civ, 9 avril 2002).

La loi du 4 mars 2002 ne les inclut pas dans l'obligation d'assurance, puisqu'elle considère qu'ils sont couverts par l'assurance de l'établissement, contrairement à ces jurisprudences. Certains praticiens hospitaliers ont reçu une dénonciation de leur contrat et des refus d'assurance de tous les assureurs qu'ils ont consultés. Puisqu'ils n'ont pas d'obligation d'assurance, la procédure du BCT ne peut pas non plus leur bénéficier et ils se retrouvent sans assurance sans savoir si une évolution de la jurisprudence, rendant réellement caduque le besoin d'une assurance en responsabilité civile pour les médecins salariés confirmera les dispositions de la loi.

De manière tout à fait contradictoire, certaines assurances (ex mutuelles) spécialisées, dans l'assurance médicale affirment ne plus vouloir prendre de nouveaux contrats de spécialistes en dehors des médecins en formation qu'ils s'engagent alors à suivre toute leur carrière y compris lors d'une éventuelle installation en exercice libéral. On imagine le désastre commercial auquel ils se préparent si les médecins salariés n'ont pas besoin d'une assurance personnelle !

La loi prévoit que les contrats d'assurance qu'elle rend obligatoire « peuvent prévoir des plafonds de garantie » dont le montant est fixé par voie réglementaire. Ainsi, le Décret n° 2003-288 du 28 mars 2003 a fixé le montant minimal des garanties des professionnels de santé libéraux à 3 000 000 d'euros par sinistre et 10 000 000 d'euros par an. Le BCT a repris ces montants dans ses décisions. Certains assureurs ont aligné les montants garantis par leurs

contrats sur les plafonds prévus par décret, il va sans dire, sans pour autant revoir le montant de leurs primes à la baisse. Bien qu'une telle pratique puisse selon le Code des Assurances valoir résiliation du contrat pour l'assuré, l'état du marché en France a rendu impossible toute réaction pour les médecins touchés par cette mesure, dans la crainte de ne plus être assuré ou de devoir supporter des montants encore majorés.

En cas de dommage ayant entraîné la condamnation d'un médecin au paiement d'une indemnisation supérieure au montant du plafond de son assurance, la loi prévoit qu'un « office » financé par des fonds publics *« est substitué à l'assureur »*.

E. La loi organise la prise en charge la réparation des conséquences des risques sanitaires

Depuis plusieurs années, on a vu la jurisprudence évoluer afin de pouvoir trouver une voie d'indemnisation aux accidents médicaux sans faute prouvée du médecin : présomption de faute, manquement au devoir d'information du patient, perte de chances, etc. Cette évolution a largement été stigmatisée par les assureurs comme cause des augmentations des primes.

La loi du 4 mars 2002 prévoit une indemnisation sur fonds publics *« des conséquences des risques sanitaires »* et liste sans les définir plus avant *« les accidents médicaux, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales »* (art. L. 1142-1-2 du CSP). Les préjudices subis par les victimes des aléas thérapeutiques peuvent donc être indemnisés sous réserve de la réalisation de six conditions cumulatives.

De son côté, la loi du 30 décembre 2002 crée un nouveau cas d'indemnisation par la solidarité nationale en prévoyant que seront indemnisés *« les dommages résultant de l'intervention, en cas de circonstances exceptionnelles, d'un professionnel, (...) en dehors du champs de son activité de prévention, de diagnostic et des soins »*.

Le législateur a voulu ainsi *« rassurer les professionnels de santé qui doivent pouvoir secourir ou porter assistance à une personne en danger, sans risquer de subir ensuite un contentieux en responsabilité si un dommage résultait malencontreusement de cette intervention réalisée hors du cadre habituel de l'activité du professionnel de santé concerné »*⁹.

⁹ Rapport A.N., n°464,p.44

Parallèlement, la loi met en place une procédure administrative et facultative d'évaluation des dommages, à travers la création des « Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation » (art. L. 142-5 CSP). Cette mesure veut donner les moyens d'éviter les procédures judiciaires en offrant au plaignant une voie de recours administratif, non exclusive de la saisine des juridictions. Le premier objectif est de faciliter le règlement à l'amiable des litiges. Les principales caractéristiques de la procédure sont :

- La saisine de la commission interrompt la prescription,
- La commission n'émet un avis que sur les dommages importants,
- Les délais d'émission des avis, puis de règlement des indemnisations sont fixes et beaucoup plus court que dans une procédure judiciaire,
- Les avis sont immédiatement opposables aux assureurs ou à l'Office d'indemnisation, et pas immédiatement contestable,
- Les avis sont fondés sur le rapport d'experts médicaux spécialisés et indépendants, au cours d'expertises contradictoires et gratuites pour le plaignant (à noter que l'assistance juridique des parties n'est pas gratuite).

Ces dispositions offrent aux victimes d'aléas thérapeutiques une voie plus rapide et moins onéreuse pour elles que la procédure judiciaire mais aussi moins traumatisante pour les médecins et établissements en cause. Cependant la portée de ces dispositions est fortement limitée par les montants du seuil réglementaire d'indemnisation (IPP égale ou supérieure à 25 %), qui d'après les statistiques de dommages corporels de référence (automobile) représentent moins de 10 % des victimes. De plus, pour les assureurs (et l'ONIAM) elle entraîne l'obligation de faire l'avance des fonds de l'indemnisation immédiatement lors de la décision de la Commission Régionale, avant de pouvoir contester la décision d'indemnisation.

De la même manière, la Commission Régionale peut intervenir en formation de conciliation à la demande d'une victime en cas de faute d'un praticien (ou d'un établissement) et d'indemnisation par l'assureur. L'assureur est alors tenu de faire une offre d'indemnisation (qui peut être jugée manifestement insuffisante par la Commission et entraîner des pénalités) à la demande de la Commission dans un délai court et d'en assurer le paiement en cas d'acceptation de la victime dans un délai fixé sous peine de pénalités. De son côté, la victime peut refuser l'offre et saisir le juge compétent.

On voit que ces procédures :

- créent une indemnisation de l'aléa thérapeutique par la collectivité, alors que les juges étaient contraints auparavant de la faire payer au moins partiellement aux assureurs, bien qu'une faute médicale directe ne puisse être retenue ;
- que le bénéfice de cette création est limitée aux aléas aux conséquences très graves (définis par des plafonds) qui pousseront la grande majorité des « accidentés » à poursuivre des procédures judiciaires. On peut seulement penser qu'une indemnisation judiciaire leur sera plus difficile à obtenir à partir du moment où la Commission aura déjà statué sur un faible niveau d'incapacité, sur la reconnaissance d'un préjudice non lié à une faute médicale, etc...
- que le recours à une procédure administrative est beaucoup moins traumatisante pour les médecins et les victimes (qui souvent continuent à consulter auprès du médecin pendant la procédure de demande d'indemnisation) qu'une procédure judiciaire, ce qui pourra contribuer à desserrer l'étau de la judiciarisation qui décourage les vocations ;
- que les assureurs risquent de peu apprécier l'accélération des décisions d'indemnisation et leur caractère obligatoire avant tout recours, eux qui jouent largement sur les délais et le coût des procédures judiciaires et leur effet décourageant pour certaines victimes.

F. Durée de prescription de la responsabilité médicale et durée de l'assurance obligatoire

L'harmonisation des durées de prescription

La loi du 4 mars 2002 harmonise les règles de prescription des actions en responsabilité médicale à dix ans à compter de la consolidation du dommage pour tous les intervenants publics ou privés du système de santé (art. L. 1142-28 CSP), au lieu de 30 ans à compter de l'acte médical pour les praticiens libéraux et les établissements privés (prescription contractuelle).

Cette réduction de la durée de la responsabilité pour les médecins libéraux risque de n'être qu'apparente ; en effet, le législateur la fait partir de la « *date de consolidation du dommage* »

et non de la « *date de la manifestation du dommage ou de son aggravation* » comme le prévoit le Code Civil pour les actions en responsabilité extra-contractuelle dans l'art. 2270-1. Il peut s'écouler longtemps entre la date de l'acte médical incriminé et la date d'apparition du dommage. La date de consolidation d'un dommage avéré peut encore être très éloignée des dates précédentes, rendant la date de prescription impossible à évaluer a priori et potentiellement « trentenaire » ou plus.

La réduction de la durée de responsabilité de trente à dix ans ne s'applique que pour les actes effectués après le 5 mars 2002 (article 101 de la loi du 4 mars 2002, modifié partiellement par l'article 3 de la loi du 30 décembre 2002). Les médecins libéraux devront donc continuer à répondre aux demandes de réparation formulées à propos d'actes effectués auparavant en fonction des anciennes dates de prescription : 30 ans pour un adulte, et trente ans à partir de sa majorité pour un enfant.

Cette question de la date prescription a été compliquée par une disposition de la loi About qui dissocie la durée de l'obligation d'assurance de la durée théorique de la prescription. En effet, sous la pression des assureurs qui menaçaient de poursuivre leur retrait du marché ou de ne plus y revenir fin 2002, la loi du 30 décembre 2002 a réduit la durée de garantie de l'assurance.

La durée de l'obligation d'assurance

Traditionnellement, la responsabilité civile médicale était couverte par les assureurs « sur la base du fait générateur », c'est-à-dire que tous les actes médicaux effectués sous l'empire d'un contrat d'assurance étaient garantis par ce contrat jusqu'à extinction de la période de prescription, quelque soit l'assureur du médecin à la date de réclamation du patient. Certaines compagnies refusaient d'inclure cette clause du fait générateur dans leur contrat et prétendaient ne couvrir que les actes et réclamations survenus pendant la période du contrat, pratique condamnée par l'annulation de telles clauses par la Cour de Cassation dans plusieurs arrêts à partir de 1985.

Dans un premier temps, la Cour de Cassation a considéré que les clauses « base réclamation » pouvaient être considérées comme valides entre les parties au contrat d'assurance, mais

qu'elles ne pouvaient pas être opposées aux victimes (Cass. 1^{ère} civ. 22 et 23 janvier 1985¹⁰, Cass. 3^{ème} civ. 8 avril 1987¹¹).

En 1990, la Première Chambre Civile de la Cour de Cassation a changé sa motivation par sept arrêts rendus le 19 décembre 1990¹². Elle a en effet jugé que « *le versement de primes pour la période qui se situe entre la prise d'effet du contrat et son expiration a pour contrepartie nécessaire la garantie des dommages qui trouvent leur origine dans un fait qui s'est produit pendant cette période* » de sorte que « *la stipulation de la police, selon laquelle le dommage n'est garanti que si la réclamation de la victime (...) a été formulée au cours de la période de validité du contrat* » doit être réputée non écrite. En effet, elle « *aboutit à priver l'assuré du bénéfice de l'assurance en raison d'un fait qui ne lui est pas imputable et à créer un avantage illicite, comme dépourvu de cause, au profit du seul assureur, qui aurait alors reçu les primes sans contrepartie* », en contradiction avec l'art. 1131 du Code Civil qui dispose que « *l'obligation sans cause, ou sur une fausse cause, ou sur une cause illicite, ne peut avoir d'effet* ».

Cette jurisprudence a ensuite été confirmée par plusieurs arrêts de la 3^{ème} chambre civile en 1991¹³ et 1992¹⁴ et de la 1^{ère} chambre civile en 1997¹⁵.

Elle a eu pour conséquence des décisions en nullité des clauses dites de « garantie subséquente »¹⁶ qui accompagnaient les contrats « en réclamation » (dits « claims made »), puisque que la Cour considérait que l'assureur était tenu de couvrir l'assuré pour tous les faits survenus pendant la période d'application du contrat (fait générateur).

Cependant, la Cour de Cassation a accepté les clauses « base réclamation » des assurances obligatoires ayant un fondement réglementaire. Cette jurisprudence s'est exercée dans les domaines de l'assurance des agents immobiliers, de l'assurance des agences de voyage, des notaires polynésiens, des centres de transfusion sanguine, des syndicats de copropriété.

Or, dans une décision du 29 décembre 2000, Beule, le Conseil d'Etat, interrogé sur la légalité d'un arrêté du 27 mai 1980 relatif à l'assurance des Centres de Transfusion Sanguine, a jugé

¹⁰ RGTA, 1985. 271, note J. Bigot

¹¹ RGTA, 1987. 251, note J. Bigot ; 1988. 102, note R. Bout

¹² Bull. Civ. I, n°303

¹³ Cass. 3^{ème} civ., 17 avril 1991, Argus 1991. 1537 et 26 novembre 1991, Argus 1991. 3587

¹⁴ Cass. 3^{ème} civ. 2 juin 1992, RCA 1992, n°285

¹⁵ Cass. 1^{ère} civ. 16 décembre 1997, Guichard c/ Rhône-Méditerranée RGDA, 1998, n°&, p. 126 et s., note L. Mayaux ; J. Bourthoumieux, « Durée de l'assurance de responsabilité et réassurance » RGDA, 1998, n°2, p. 239 et s.

¹⁶ Cass. Civ. 1^{ère} 28 avril 1993, Bull. civ. I, n°148 et resp. civ. et ass. 1993, Comm. 245, obs. Bertolaso

illégale la clause « claims made » des contrats d'assurance des Centres au motif qu'elle privait « l'assuré du bénéfice de l'assurance en raison d'un fait qui ne lui était pas imputable » et créait « un avantage illicite dépourvu de cause ».

Suite à cet arrêt, plusieurs décrets et arrêtés sont intervenus au début de l'année 2002 pour abroger les clauses « claims made » des dispositions relatives aux assurances obligatoires.

Le 30 décembre 2002, la loi dite ABOUT autorise les clauses « base réclamation » en matière de responsabilité médicale, sans avoir été déférée, pour cause d'urgence, devant le Conseil Constitutionnel et doit donc être appliquée par toutes les juridictions administratives et judiciaires qui avaient condamné le type de clauses qu'elle consacre.

Ce nouveau dispositif d'assurance, exigé par les assureurs comme condition d'un éventuel retour sur le marché (il faut noter que ce retour n'a pas eu lieu ni en 2003, ni, on le voit maintenant, en 2004) complique la situation des praticiens libéraux et leur pose de nouveaux problèmes.

L'article L. 251-2 chapitre I du titre V du livre II du Code des Assurances définit les termes « sinistre » et « réclamation » et crée un système « base réclamation » assorti d'une garantie subséquente de cinq ans minimum.

La définition du « sinistre » : « *Constitue un sinistre, pour les risques mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait générateur ou d'un ensemble de faits générateurs ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'assuré garanties par le contrat, et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamation* ». La loi rattache donc au même sinistre une éventuelle série de dommages ayant des causes techniques identiques. Cette disposition, destinée sans doute à protéger l'assuré contre des risques sériels a aussi pour effet de le rendre plus vulnérable à un éventuel épuisement du plafond (plancher) d'indemnisation fixé par décret (3 000 000 d'euros par sinistre et 10 000 000 euros par an) qui a été repris par tous les assureurs comme le maximum d'indemnisation qu'ils seraient susceptibles de verser. Or, les juges ne sont liés par aucun plafond et leurs décisions sont susceptibles d'aboutir à des montants d'indemnisation supérieurs aux minimums légaux devenus maximum contractuels des compagnies d'assurance. Le dommage, s'il concerne

plusieurs préjudices et plusieurs personnes, peut rapidement épuiser les garanties fournies par l'assureur.

Il est prévu que l'ONIAM complète alors l'indemnisation, mais elle peut ensuite se retourner contre le professionnel pour recouvrer les fonds avancés. Ce n'est que dans le cas de l'épuisement des garanties dans le temps qu'il est prévu que l'ONIAM ne puisse pas se retourner contre le professionnel.

La réclamation : « *Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, et adressée à l'assuré ou à son assureur* ».

Le système de clauses « claims made » : « *Tout contrat d'assurance conclu en application de l'article L. 1142-2 du même code garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait générateur est survenu dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation* » (article L. 251-2 du Code des Assurances). L'assureur concerné par une indemnisation est désormais celui dont le contrat est en vigueur au jour de la réclamation et les contrats ne couvrent plus la durée complète de responsabilité (prescription fixée à dix ans à partir du jour de consolidation).

Par cette disposition, le législateur a voulu permettre aux assureurs de « rétablir un équilibre financier entre les primes perçues une année et les indemnités quelles sont censées couvrir dans des conditions qui, auparavant, ne pouvaient pas être connues, donc évaluées et tarifées »¹⁷.

Parallèlement, une garantie subséquente de cinq ans minimum, allongée à dix ans pour les professionnels de santé lorsqu'ils partent à la retraite ou décèdent, a été créée par la loi afin « de garantir aux professionnels et établissements de santé une continuité de leur couverture assurantielle contre les conséquences d'actes passés (Rapport Jean-Pierre Door).

Il faut noter que la loi du 30 décembre 2002 est immédiatement applicable à dater du jour de sa publication au Journal Officiel, soit le 31 décembre 2002 « *aux contrats conclus ou renouvelés à compter de la date de publication de la loi* ».

¹⁷ Rapport Jean-Pierre Door, Assemblée Nationale, n°464, du 11 décembre 2002, p. 34

Pour tous les contrats « en fait générateur » qui n'ont pas été reconduits, les dommages dont le fait générateur s'est produit pendant la période d'application du contrat (antérieure au 31 décembre 2002), ne sont plus couverts que pendant cinq ans. La loi About reviens donc à faire passer la période garantie pour ces contrats de 30 ans (ou 48 ans pour les nouveaux-nés) à cinq ans, en contrepartie de primes calculées en fonction d'un risque trentenaire.

Les discussions parlementaires montrent que les députés qui défendaient la proposition de loi pensaient que cela concernerait « un nombre assez restreint (de contrats) car la plupart des contrats d'assurance en responsabilité civile médicale sont à tacite reconduction »¹⁸.

Il faut savoir qu'un nombre très important de contrats d'assurance de spécialistes tombent en réalité dans ce cas de figure : les contrats passés dans le cadre du Groupement Temporaire d'Assurance (environ 1400 pour les seuls médecins), l'ensemble des contrats de spécialistes passés avec les AGF qui ont procédé à une dénonciation générale en 2003, les contrats rompus afin d'en augmenter fortement le prix, etc. Il est clair que les assureurs qui se sont retirés du marché l'ont fait en bénéficiant d'un avantage substantiel qu'ils pourront rapidement faire apparaître dans leurs comptes.

De plus, cela veut dire aussi que les nouveaux contrats conclus à partir de 1^{er} janvier 2003 n'ont plus vocation qu'à couvrir les dommages ayant eu un fait générateur en 2003 et ayant fait l'objet d'une réclamation en 2003, ce qui aurait dû correspondre à une baisse des primes reconduite pendant les cinq premières années du nouveau système. Or les assureurs ont à nouveau augmenté les primes en 2003 et 2004.

La loi About s'accompagne pour les médecins (et les établissements) de nombreuses difficultés d'application liées à la succession des contrats dans le temps et qui créent des « trous de garantie » qui les inquiètent.

Elle ne prévoit pas de clause de « reprise du passé inconnu » dans les contrats successifs et déroge explicitement aux règles générales du Code des Assurances (art. L. 121-4) en désignant l'assureur du contrat en cours au moment de la première réclamation comme responsable en priorité du règlement du sinistre. Les médecins craignent les conditions d'application de cette disposition par les assureurs : il y a une incertitude sur le caractère

¹⁸ Rapport A.N. précité, p. 62

inconnu des faits générateurs. A partir de quel moment un acte devra-t-il être déclaré par un praticien à son assureur pour s'assurer d'une couverture ultérieure éventuelle ?

Une incertitude sur la garantie apparaît au détriment du médecin libéral à l'occasion de l'évolution de son activité professionnelle en cours de carrière.

La cessation d'activité partielle du professionnel de santé

La loi du 30 décembre 2002 prévoit le cas de la cessation d'activité du professionnel qu'elle assortit d'une garantie subséquente de 10 ans assurée par le dernier assureur.

Au-delà des 10 ans de garantie subséquente, il est prévu que l'ONIAM prenne en charge les éventuelles indemnisations.

Si le professionnel reprend son activité, il perd le bénéfice de cette garantie subséquente.

Par contre, rien n'est prévu pour garantir la couverture dans le cadre d'une cessation partielle d'activité du professionnel pour laquelle la garantie subséquente de cinq ans assortie à tous les contrats sera insuffisante pour couvrir le minimum théorique de la période de responsabilité (10 ans à partir de la date de consolidation). On peut ici donner l'exemple d'un gynécologue obstétricien qui décide d'arrêter son activité obstétricale (classée à haut risque par les assureurs) pour se consacrer uniquement à la consultation.

Au-delà de la période de cinq ans, l'article L. 1142-15 CSP prévoit que l'ONIAM est substitué à l'assureur, mais l'Office peut recouvrer les sommes versées auprès du praticien responsable par une action subrogatoire.

Ce danger avait été relevé par le Député Door, rapporteur de la loi à l'Assemblée Nationale, puisqu'il regrettait « que l'action subrogatoire de l'office contre la personne responsable n'ait pas été exclue dans tous les cas. Cette imprécision de la proposition de loi méritera sans doute d'être corrigée à l'occasion d'un prochain texte portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social »¹⁹.

¹⁹ Rapport A.N. n° 464, précité, p. 35

I. 2. Les solutions d'urgence

Devant l'urgence de la situation, les médecins libéraux ont dû réagir et s'adapter afin de passer le cap difficile des années 2003 et 2004. Plusieurs solutions aux problèmes qui surgissaient devant eux ont été adoptées, sachant que tous veulent les considérer comme temporaires étant donné les incertitudes qui s'y rattachent.

A. L'assurance auprès d'une compagnie étrangère

Pour trouver une solution assurantielle abordable financièrement, beaucoup de spécialistes libéraux ont eu recours aux contrats d'une assurance en responsabilité civile professionnelle irlandaise proposés par un courtier français.

Or, selon les rapporteurs de la Mission IGAS / IGF mentionnée plus bas, « bien qu'elle réalise a priori la totalité de son activité sur le marché français, cette société n'a pas souhaité demander l'agrément en France. Elle opère en libre prestation de service à partir de l'Irlande par l'intermédiaire d'un seul cabinet de courtage. De ce fait, seules les autorités de contrôle irlandaises sont en mesure d'apprécier sa situation financière et sa solvabilité. En tout état de cause, MIC n'a pas souhaité transmettre à la mission des données détaillées sur sa sinistralité et sur ses réassureurs ».

Cette société, unique en son genre en France, puisque toutes les autres sociétés étrangères proposant des contrats en France, le font à travers des succursales ou filiales enregistrées auprès du Ministère des Finances, ministère de tutelle, et sont donc soumises à l'ensemble de la législation française et des contrôles qu'elle met en place.

Quel pourrait alors être le sort des 4000 médecins libéraux assurés par cette compagnie étrangère ?

On peut se poser de nombreuses questions :

- Qu'est-ce qui explique qu'une compagnie spécialisée dans l'assurance des professions médicales les plus exposées aux risques (anesthésistes, chirurgiens, obstétriciens), propose des tarifs inférieurs, pratiquement de moitié, à ceux pratiqués par les autres assureurs ?
- Doit-on s'interroger sur la sécurité d'une compagnie qui refuse de communiquer aux autorités françaises des informations relatives à sa sinistralité et ses conditions de réassurance ?
- En cas de défaillance de cette compagnie domiciliée à l'étranger, que deviendraient les médecins qui lui ont fait confiance, alors que ne joueraient pas les mécanismes de solidarité existant entre les assureurs français ?

B. Les contrats de pratiques professionnelles

Lors des négociations conventionnelles de fin 2002, un projet d'accord en date du 11 janvier 2003 jamais mis en œuvre prévoyait, outre des revalorisations d'honoraires des médecins spécialistes, une participation de l'assurance maladie au coût de la prime d'assurance en responsabilité civile professionnelle. La pression des spécialistes a été très forte pour que les syndicats nationaux ne signent pas cet accord qui leur paraissait insuffisant sur les revalorisations d'honoraires et en particulier repoussant l'idée de l'instauration d'une dépendance encore plus grande des caisses pour les médecins libéraux.

De son côté, l'assurance maladie avait envisagé organiser une sorte de négociation de groupe pour les assurances qu'elle allait ainsi contribuer financer, ce qui a paru tout aussi inacceptable au Ministère des Finances, tutelle des assureurs qu'aux médecins libéraux eux-mêmes.

A la fin de l'année 2003, les syndicats de médecins transversaux ont cependant signé un accord débloquent pour les chirurgiens, les échographistes et les anesthésistes des sommes forfaitaires permettant de limiter l'impact de leur prime d'assurance sous certaines conditions fortement critiquées par les spécialistes :

- conditions d'atteindre un certain nombre d'actes dans la spécialité,
- appartenir au secteur 1 exclusivement,

- s'engager à respecter certaines règles de bonnes pratiques professionnelles en matière de suivi et de tenue des dossiers.

Ces contrats sont reconduits pour l'année 2004 et l'accord obtenu par les chirurgiens libéraux le 24 août dernier les étend aux praticiens installés en Secteur 2 sous certaines conditions. Cependant, une solution doit être trouvée pour les années ultérieures.

C. Le recours au BCT

La procédure de recours au BCT est normalement une procédure d'exception. Elle a cependant été la règle pour les spécialités particulièrement exposées et risque de constituer la routine annuelle de la plupart des médecins libéraux, puisque les contrats signés en 2004 l'ont été pour une année, auprès de sociétés d'assurance toujours décidées à quitter le marché.

La procédure a été très mal vécue par les médecins qui ont dû y avoir recours. Le passage d'une relation de proximité et orale avec des courtiers locaux, à une obligation de traiter les échanges de courrier en recommandé avec accusé réception, accompagné de longs questionnaires à remplir et de délais à respecter impérativement, a été très difficile. De nombreux médecins, malgré les avertissements de leurs syndicats de spécialité, n'ont pas su constituer leur dossier dans les règles ou ont outrepassé les délais et se sont retrouvés le 31 décembre 2003 sans assurance pour le lendemain. On a vu plus haut les mécanismes de dernières minutes mis en place pour sauver de nombreuses situations.

Il est donc inconcevable que chaque année se répète le même scénario, même si l'expérience devait le rendre plus fluide.

D. Le lancement d'une mission d'étude par les Ministres des Finances et de la Santé

Par lettre du 31 juillet 2003 des Ministres de la Santé et des Finances, les Inspections Générales des Affaires Sociales et des Finances ont été chargées de conduire une enquête dans le domaine de la responsabilité civile médicale (RCM) afin d'évaluer l'évolution de la

sinistralité et de son coût, ainsi que d'expertiser les propositions de réforme du dispositif de financement des dommages médicaux.

Les conclusions de cette mission, prévues pour Novembre 2003 afin d'éclairer de possibles décisions à prendre pour améliorer les conditions d'assurance en 2004, n'ont été publiées que le 6 février 2004, après la crise de fin 2003.

L'ensemble des parties prenantes aux questions de responsabilités médicales ont été auditionnées par les Inspecteurs : syndicats médicaux transversaux et de spécialités, assureurs, associations de patients, etc...Ce rapport était donc très attendu, dans l'espoir qu'une analyse détaillée et transparente de l'ensemble des données chiffrées détenues par les assureurs, des problèmes documentés et des solutions proposées par chacun permettrait de dessiner des perspectives d'évolution positive de la situation.

Le rapport complet n'a jamais été publié. Seules les conclusions en sept pages ont été communiquées par le ministère de la Santé à la demande répétée, en particulier de certains syndicats de spécialités. On a alors découvert que l'unique proposition de la mission était d'attendre et de ne rien faire jusqu'en 2006, date à laquelle elle estime qu'une certaine lisibilité sur les effets des lois de 2002 pourra être obtenue. Elle préconise un fonctionnement sur des solutions temporaires palliatives dans cette période d'observation : reconduction du GTAM, utilisation du BCT, aide au paiement des primes pour les médecins, etc...

Il faut noter cependant, qu'elle préconise une mise en place rapide d'un système de gestion des risques, proposé en particulier comme l'une des mesures à instaurer par les Unions de Médecins Libéraux et certains syndicats de spécialité dans la synthèse de leur réflexion.

En effet, l'année 2003 a vu émerger de nombreuses réflexions et propositions visant à compléter les dispositions votées en 2002.

II. LES PROPOSITIONS DE SOLUTIONS A LONG TERME

Dès la parution de la loi du 4 mars 2002, les médecins libéraux ont compris que les avancées positives constituées par la redéfinition de la responsabilité médicale ne permettraient pas de contrebalancer la volonté des assureurs d'abandonner le marché de la responsabilité civile médicale. En effet, en France, la responsabilité civile médicale ne représente que 15 % du marché total de la responsabilité civile.

Le changement d'attitude des patients qui fait croître le nombre de réclamations, les évolutions de la jurisprudence, les changements législatifs qui entraînent un manque de visibilité sur les possibles évolutions jurisprudentielles, ajoutés au désinvestissement technique certain des compagnies d'assurance depuis dix ans et à la disparition de leurs marges de sécurité financière englouties dans des crashes boursiers à répétition les rendent inflexibles dans leur décision de cessation d'activité.

Le mouvement de retrait des assureurs et la croissance du prix des primes se sont poursuivis suite au vote de la loi du 20 décembre 2003 qui, pourtant, avait été posée comme condition par les assureurs pour leur retour.

A travers la crise de la responsabilité civile professionnelle médicale se concrétisait une menace de plus en plus pressante sur la médecine de spécialité, en particulier liée à l'hospitalisation, sur la permanence des soins et donc sur l'accès aux soins.

Cela a fait comprendre aux médecins libéraux que seule une appréhension exhaustive par eux des problèmes de responsabilité et d'assurance et une réflexion et des propositions sur des solutions alternatives pourraient peut-être permettre d'enrayer la spirale actuelle.

II. 1. Une idée vite abandonnée : la limitation de la responsabilité des médecins par voie contractuelle

Puisque les assureurs considèrent que la responsabilité des spécialistes devient inassurable ou ne peut être assurée qu'à des coûts si élevés qu'ils dissuadent ceux-ci d'exercer le métier, peut-on imaginer un système où cette responsabilité pourrait être partagée entre une assurance payée par le médecin et une assurance payée par le patient ?

Une analyse juridique de cette proposition l'a rapidement faite écarter.

En effet, si les conventions exonératoires de responsabilité délictuelle lorsqu'elles sont conclues après un dommage et peuvent s'analyser comme des transactions où les parties opèrent une renonciation mutuelle à leur droit d'agir en justice (art. 2044 du Code Civil), elle ont été jugées illicites de façon constante par la Cour de Cassation lorsqu'elles ont été conclues avant le dommage. Elles sont contraire aux dispositions de la responsabilité délictuelle (art. 1382 du Code Civil) qui est d'ordre public²⁰.

En tout état de cause, depuis l'Arrêt Mercier (Cass. Civ. 20 mai 1936, Dr Nicolas c/ Ep. Mercier) la responsabilité médicale des praticiens libéraux est analysée sur la base de la responsabilité contractuelle.

Or, de nombreuses pistes permettent de douter de la licéité d'une clause de non-responsabilité dans le domaine médical, même si le principe est qu'elles sont licites en matière contractuelle :

- La loi rend illégales les clauses de non responsabilité dans des domaines tels que le transport terrestre, aérien et maritime ;
- La jurisprudence les rend illégales en présence de fautes dolosives (avec intention de nuire) ou lourdes (faute non intentionnelle particulièrement grave) ou faute inexcusable.

²⁰ Cass. Civ. 27 juillet 1925 ; Cass. Civ. 3 janvier 1993, Cass. Civ 18 juillet 1934, Cass. 2^{ème} civ. . 17 février 1955 ; Cass. 2^{ème} civ. 28 novembre 1962

- La cour d'appel de Toulouse, en 1934, a jugé non valable un accord entre u médecin et son patient dégageant sa responsabilité en cas d'erreur de diagnostic ou de faute opératoire²¹ ;
- L'article L 132-1, al. 3 du Code de la Consommation liste comme pouvant être déclarée abusive une clause ayant pour objet ou pour effet « *d'exclure ou de limiter la responsabilité d'un professionnel en cas de mort d'un consommateur ou de dommages corporels causés à celui-ci, résultant d'un acte ou d'une omission de ce professionnel* ».
- Au vu du principe constitutionnel du droit d'agir en responsabilité qui s'applique au patient, et aux décisions antérieures du Conseil Constitutionnel, il est très probable que celui-ci censurerait une loi qui autoriserait les médecins à signer des conventions limitant leur responsabilité civile à l'égard de leurs patients ayant subi un dommage.
- La loi pourrait prévoir une obligation pour les patients de souscrire une assurance les couvrant les conséquences d'un éventuel dommage (type assurances « des accidents de la vie »), mais elle ne pourrait priver l'assureur de la possibilité de se retourner contre le praticien responsable.

Il est à noter que la loi peut cependant limiter la responsabilité des professionnels de santé. Les lois du 4 mars et du 30 décembre 2002 le font en prévoyant la réparation intégrale des dommages soit par l'ONIAM, soit par les assureurs.

La loi pourrait donc prévoir un plafonnement des indemnisations dues par les médecins dont la responsabilité est mise en cause. Mais dans quel environnement une telle mesure serait – elle acceptable ?

²¹ CA Toulouse, 23 octobre 1934, DP, 1935.2.49, note L. Mazeaud

II. 2. Les propositions inspirées par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances

Dès la publication de la loi du 30 décembre 2002, les représentants des assureurs et aussi les courtiers en assurance ont poursuivi leur lobbying pour que le législateur complète les dispositions déjà prises, toutes les parties intéressées, y compris les députés, ayant d'ors et déjà reconnu que de nouvelles interventions législatives seraient sans doute nécessaires au règlement « définitif » du problème de l'assurance en responsabilité médicale.

La Fédération Française des Sociétés d'assurances a fait circuler un texte de « proposition de modification législatives et réglementaires » dès le mois d'avril 2003.

Les principales dispositions préconisées pour finaliser la réforme de la couverture des accidents médicaux et visant à ramener le montant de primes à un niveau acceptables (non précisés) sont les suivantes :

- Ecrêtage des sinistres de pointe : Les 500 premiers mille euros d'indemnisation seraient versés par l'assurance du praticien mis en cause ; au-delà, les indemnisations décidées par les juges seraient prises en charge par la solidarité nationale à travers l'ONIAM et les plafonds de garantie prévus par décret seraient revus en conséquence à 500 000 euros par sinistre et 5 000 000 d'euros par an.
- L'ONIAM prend en charge tous les cas de non garantie ou de non assurance qui pourraient se poser.
- L'ONIAM est doté par l'Etat d'un financement complémentaire en conséquence.
- Une assurance obligatoire des « accidents médicaux » est créée à laquelle devront souscrire toutes les personnes physiques leur assurant la prise en charge de tous les accidents médicaux que ne seraient pas pris en charge par l'ONIAM, avec possibilité de recours subrogatoire de l'assureur en cas de responsabilité d'un tiers.
- Abandon des recours subrogatoires des caisses et autres organismes sociaux en cas d'accidents médicaux ou d'infection nosocomiale.

De telles propositions ont été vivement combattues par une majorité de représentants de médecins spécialistes et totalement écartées par le Rapport IGAS / IGF.

En effet, les assureurs demandaient la garantie d'un allègement de leurs charges (par l'écêtement) sans offrir de contre partie sous forme de plafonnement de leurs primes. Rien

dans ces propositions ne garantissait la baisse des primes de la même manière que lors du voter de la loi du 30 septembre 2002.

Les médecins trouvaient de plus éthiquement difficile de justifier que la solidarité nationale prenne en charge toutes les indemnisations supérieures à un certain montant quelle que soit le sinistre en cause.

Les assureurs se créaient un nouveau marché dans le cadre d'une assurance obligatoire de l'ensemble des victimes potentielles d'accidents médicaux, tout en limitant les montants garantis.

Le texte demande la suppression des actions subrogatoires des caisses au bénéfice des montants d'indemnisation à verser en cas de sinistre, sans contre partie.

Ce texte presque caricatural était surtout destiné à contrer une série de propositions élaborées sous l'égide des Unions des Médecins Libéraux au cours d'une réflexion en profondeur sur le sujet.

II. 3. Les propositions des URML et de certains syndicats de spécialités

Dès l'année 2002, les Unions Régionales des Médecins Libéraux, sous l'impulsion de Midi-Pyrénées, de Basse-Normandie, de Rhône-Alpes et de Languedoc-Roussillon, se sont saisies du problème de la responsabilité médicale dans le cadre de leur mission de politique générale de santé. En effet, ainsi que le met en avant le Rapport DOMERGUE et GIUDICELLI sur la chirurgie, la question non résolue de la responsabilité et de l'assurance des médecins compromet gravement l'avenir du système de santé en entraînant une désaffection pour les spécialités présentées comme particulièrement à risque et en modifiant même les pratiques des spécialistes déjà installés.

L'étude approfondie des deux lois de 2002 et un travail de réflexion regroupant des médecins, des juristes, des experts, des magistrats et des représentants d'associations de patients et de victimes d'accidents médicaux ont permis aux URML de définir une série de propositions qui ont été présentées au Ministre de la Santé dès le mois de mai 2003 (Annexe 1).

Les objectifs de ces propositions étaient :

- D'instaurer un nouveau système d'assurance civile professionnelle des médecins contre les dommages subis par les patients sur le modèle de l'assurance des employeurs contre les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- D'instaurer une transparence, gérée par les professionnels et les usagers, sur la sinistralité et l'équilibre entre le montant des indemnités versées et le montant des primes d'assurance,
- D'améliorer la gestion du risque médical,
- De compléter les lois de 2002 afin d'écarter toutes les hypothèses de trous de garantie, d'améliorer les conditions d'exercice de l'obligation d'information du patient par le praticien et de préciser les limites du droit du patient de refuser les soins.

Les propositions « Réconcilier Droit et Soins »

La principale proposition des URML, appuyée par les syndicats de spécialités les plus concernés, consistait en la création d'un fonds national d'assurance (2^{ème} section de l'ONIAM) destiné à couvrir la quasi-totalité des préjudices subis par les patients à l'occasion de fautes civiles médicales, hors fautes inexcusables ou intentionnelles.

Ce fonds serait abondé :

- par les médecins eux-mêmes selon les risques de leur spécialité et de leur exercice,
- l'assurance-maladie, contribution fixée annuellement par le Parlement, correspondant au principe accepté de co-financer l'assurance des médecins dans les accords avortés de janvier 2003 avec ou sans abandon de ses actions récursoires dans des cas à définir,
- la participation des usagers, sous forme par exemple d'un « forfait médical » comme suggéré dans le « Rapport DOMERGUE ».

En contre partie, chaque médecin devrait s'engager dans une démarche contrôlée de gestion des risques, pour assurer une lisibilité de la sinistralité réelle et potentielle et faire diminuer progressivement les risques.

Complémentairement, le maintien de l'assurance professionnelle obligatoire souscrite chez les assureurs, à la charge exclusive des médecins couvrirait leur responsabilité civile dans les cas de condamnation pour faute inexcusable (à rapprocher de la faute détachable du service) ou faute intentionnelle en particulier de leurs collaborateurs.

Ces propositions visaient à permettre :

- La simplicité et la rapidité d'indemnisation des patients et de leur famille en inscrivant le dispositif dans le développement de celui de la Loi du 4 mars 2002,
- Une amélioration de la sécurité par le renforcement des politiques de prévention du risque médical,
- La transparence des tarifs d'assurance établis sur la base des sinistres constatés et analysés chaque année,
- La sérénité des praticiens qui seraient certains d'être assurés en fonction de la sinistralité réelle, dans un système pérenne auquel ils participeraient,
- La responsabilisation de tous les acteurs, partie prenante à la gestion du système, sans réduction du champ de responsabilité des médecins qui restent responsables des conséquences dommageables de toutes leurs fautes.

Elles ont largement été discutées entre mai et octobre 2003 et ont fait l'objet d'échanges entre représentants des URML et des syndicats verticaux de spécialités, Députés, Ministère de la Santé, Ministère des Finances, syndicats nationaux de médecins, assurance maladie, associations de patients, etc.

Les assureurs, bien que se disant pas intéressés par le marché de la RCP médicale, ont pesé pour qu'une solution dont ils ne seraient pas partie prenante ne voit pas le jour.

Les syndicats de médecins qui ne s'étaient pas impliqués directement dans la réflexion menée par les URML, ne souhaitaient pas instaurer un système où l'assurance maladie serait partie prenante dans la crainte que celle-ci fasse pression à travers sa participation à l'occasion de la négociation de chaque convention. La proposition des URML, conscientes de ce problème, donnait au Parlement lors du vote du PLFSS le pouvoir décisionnel quant au montant de la

participation de l'assurance maladie à un système délibérément défini en dehors du champ conventionnel.

De plus, ils ont craint que ne s'installe un système de mutualisation des risques et donc une répartition des coûts qui fasse croître les primes des généralistes pour financer les risques des spécialistes. Cette idée a d'ailleurs été avancée comme solution au problème de l'assurance tant par les associations de patients que par certains représentants de l'Administration.

L'ensemble des propositions des URML a été étudié par la mission IGAS / IGF qui propose au Ministre d'attendre deux ou trois ans que la situation évolue d'elle-même avant de prendre position. Elle retient cependant le projet de mise en place d'un système assurant la transparence de la sinistralité et la gestion des risques.

II. 4 RESIRISQ

Un nouveau départ

Les représentants des URML, des syndicats de spécialités et des anesthésistes et des chirurgiens ont demandé à l'ANAES et à l'IRDQ (Institut de Recherche et de Développement de la Qualité), de coordonner la conception d'un dispositif national de réduction des risques dans les pratiques médicales.

Ce dispositif permettrait de mettre en œuvre la recommandation de la Mission IGAS / IGF, par ailleurs préconisée par les promoteurs du projet « Réconcilier Droit et Soins ».

L'étude de faisabilité du projet « RESIRISQ » de « Réduction de la sinistralité des risques attachés aux pratiques médicales » a été finalisée au mois d'Avril 2004 (Annexe 2). Projet consensuel des chirurgiens, anesthésistes et gynécologues obstétriciens, propose de mutualiser des moyens, gérés par les médecins, qui permettront de réduire progressivement les risques de dommages nés des pratiques médicales par :

- Le recensement exhaustif et permanent des risques et accidents,
- La recherche de solutions,
- La diffusion de mesures préventives,
- Une assurance préventive et curative aux médecins,
- La surveillance de l'application des préconisations,
- L'évaluation des progrès réalisés sur :
 - La qualité et le maintien de l'offre de soins,
 - L'assurabilité des médecins,
 - Le maintien de la démographie médicale nécessaire.

Le système serait dirigé au niveau stratégique par un Conseil de Surveillance, un Conseil d'Administration et un Conseil scientifique encadrant un service central administratif et opérationnel veillant à la mutualisation et à la coordination des méthodes, des savoir-faire et des équipes, et des cellules opérationnelles de terrain par spécialité médicale.

Son financement (dépenses de fonctionnement, d'expertise et de rémunérations de la contribution des médecins au recensement des informations) serait assuré par un « Fonds National de Gestion du Risque Médical ».

Lors du vote de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, un amendement a été adopté créant un « Observatoire des risques médicaux » (Article 15 : *Le chapitre II du titre IV du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 7 ainsi rédigée : « Section 7 - Observatoire des risques médicaux » « Art. L. 1142-29. - Les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation sont communiquées par les assureurs des professionnels et organismes de santé mentionnés à l'article L. 1142-2, par les établissements chargés de leur propre assurance, par les commissions nationale et régionales prévues aux articles L. 1142-10 et L. 1142-5, à une commission rattachée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Le recueil et l'analyse des données qui lui sont transmises peuvent être délégués et font l'objet, sous son contrôle, d'une publication périodique. Cette commission prend toutes dispositions pour garantir la confidentialité des informations recueillies. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie précise les modalités d'application du présent article. »).*

Par ailleurs, la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit les articles 1414-3-3 et 4135-1 dans le CSP qui posent les bases de l'organisation d'une accréditation de la qualité des pratiques professionnelles des médecins exerçant en établissement de santé.

En contrepartie de cette accréditation, la loi prévoit que les médecins soumis à l'obligation d'assurance et qui s'engagent dans cette procédure d'accréditation, puis sont accrédités puissent bénéficier d'une aide au paiement de leur prime d'assurance dont le montant sera fixé par décret.

Il semble que, l'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles étant ouverte à tous les praticiens publics ou libéraux, une incitation à l'engagement des Praticiens Hospitaliers dans la procédure soit à l'étude sous forme de prime dans le cadre des négociations sur le statut des PH.

La Loi du 13 août 2004 a donc posé les bases nécessaires à la mise en œuvre du projet RESIRISQ.

Entre Septembre et Décembre 2004, plusieurs réunions téléphoniques et physiques ont réuni le groupe de réflexion URML et Syndicats de spécialités du Projet RESIRISQ dans le but d'établir les bases d'un modèle décentralisé de l'accréditation des médecins avec création d'associations professionnelles spécialisées.

Le travail du groupe a porté sur la définition des rôles respectifs de la Haute Autorité, des médecins et des associations professionnelles dans le dispositif de gestion des risques et d'accréditation pour établir un cahier des charges du fonctionnement des Associations de Gestion des Risques par spécialité, ainsi les mécanismes de coordination de leurs activités par la Haute Autorité de Santé.

Pour le médecin engagé dans la démarche de gestion des risques et d'accréditation, les obligations seraient :

- D'adhérer à une association,
- D'exprimer un engagement initial en fournissant un descriptif de ses pratiques,
- De participer au recueil des événements considérés comme « porteurs de risques médicaux »,
- D'analyser ses pratiques au regard des recommandations (EPP),

- De mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par la profession sous l'égide de la Haute Autorité,
- De participer aux formations organisées pour la diffusion de ces recommandations.

Le rôle de la Haute Autorité serait :

- D'assurer l'organisation générale du dispositif, et en particulier la méthodologie de gestion des risques,
- D'agréer les structures professionnelles sur la base d'un cahier des charges,
- De formuler les décisions d'accréditation des médecins,
- De gérer la base de données nationale des événements porteurs de risques médicaux, d'assurer la consolidation des informations, leur analyse de criticité,
- D'orienter le travail d'élaboration des recommandations, puis de les valider,
- D'assurer le contrôle de l'ensemble du dispositif.

L'intervention des associations professionnelles serait soumise aux principes suivants :

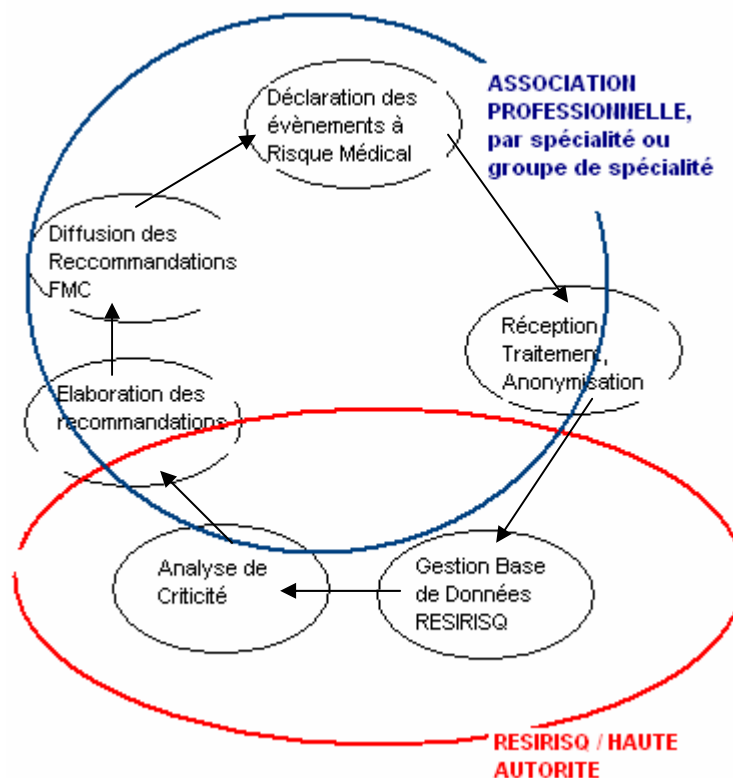
- La conformité au cahier des charges élaboré par la Haute Autorité, incluant une exigence quant à la sécurité et à la confidentialité des informations et des systèmes d'information,
- Toute association répondant au cahier des charges peut prétendre à participer au dispositif (Pas de monopole concédé à une association particulière). Il faut cependant ici remarquer que la faisabilité et l'équilibre économique des structures seront sûrement un facteur limitant au nombre des associations.
- L'indépendance des associations par rapport aux assureurs.

Le rôle des associations, en application du cahier des charges, serait de mettre en œuvre le processus d'accréditation sur une spécialité en :

- Définissant le contenu technique de l'engagement des médecins en terme de pratiques pour adhérer,
- Gérant l'adhésion des médecins,
- Recevant les déclarations,
- Réalisant l'analyse des informations reçues,
- Identifiant les mesures correctives individuelles et collectives,
- Diffusant au médecin concerné les mesures correctives individuelles,

- Etablissant et diffusant, en lien avec les sociétés scientifiques et professionnelles médicales et d'établissements et la Haute Autorité, les recommandations et mesures correctives collectives,
- Proposant ou organisant la Formation Médicale Continue liée à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques et mesures correctives,
- Incitant à l'exhaustivité des déclarations,
- Transmettant les données à la Haute Autorité après anonymisation,
- S'assurant du respect des engagements de ses membres,
- Transmettant la demande d'accréditation du médecin à la Haute Autorité.
- Développant, si elle le désire, certains services associés tels que :
 - Assistance au médecin en cas d'accident (hotline)
 - Evaluation de la sécurité des pratiques et de l'organisation,
 - Prestations de service liées à ses activités,...

Le schéma suivant résume le fonctionnement de base du système en préparation :



Les premières estimations de budget pour les associations professionnelles sont de l'ordre de 500 euros par adhérent. La diversification des sources de financement sera un facteur d'indépendance : cotisations, budget de la Haute Autorité pour des tâches déléguées, fonds de

la Formation Médicale Continue, assureurs en contrepartie de prestations d'assistance aux assurés, CNAM par une dotation globale.

Plusieurs points dans la conception de ce nouveau système méritent une attention particulière :

- La nécessité d'articuler le fonctionnement des associations de gestion des risques avec les prérogatives des URML en matière d'EPP ;
- La nécessité de coordonner les engagements des médecins dans un système de gestion des risques de leur spécialité et la stratégie de gestion des risques mise en place par leur établissement. Il semble pour cela important que des cellules de gestion des risques puissent coordonner les activités locales et que les instances représentatives des établissements puissent être consultées au niveau national sur les recommandations à mettre en œuvre.

Les associations de gestion des risques par spécialité sont en cours de création : GYNERISQ, ORTORISQ, SURGIRISQ vont rejoindre l'association créée il y a plusieurs années par le SNARF – ARRES.

Les textes de décrets qui encadreront le dispositif global de fonctionnement sous le contrôle de la Haute Autorité sont, à ce jour, en cours de rédaction au Ministère de la Santé.

Cependant, le problème du montant des primes des spécialistes particulièrement exposés au risque médical et de leur transparence n'a toujours pas trouvé de solution.

II. 5. « pooling », une solution à la maîtrise des primes d'assurance par les médecins ?

Du côté de l'assurance, aucune solution n'a vu le jour pour contenir la croissance des prix des primes de RCP médicale. Dans les accords du 24 août sur la chirurgie, le Ministre de la Santé débloque des aides au paiement des primes (6. *Renforcement de l'aide à la souscription d'une assurance. Cette mesure ouverte, pour la première fois, aux deux secteurs permettra de compenser le surcoût des primes d'assurance. (entre 3000 et 7000 euros pour le secteur 1 et jusqu'à 5600 euros pour le secteur 2, en fonction de la proportion d'activité réalisée en tarifs opposables).*) et « *Demande (...) un engagement des compagnies d'assurance sur la stabilisation des primes d'assurance de responsabilité civile. Le Ministre recevra à cet effet, très rapidement, le président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance afin d'évoquer avec lui l'application du nouveau dispositif de gestion des risques issu de la loi portant réforme de l'Assurance Maladie* ».

Cette démarche entreprise à plusieurs reprises ces dernières années n'a jusqu'alors pas donné de résultats et les aides rendent les médecins plus solvables mais n'ont pas d'effet sur les assureurs.

En se penchant sur les expériences étrangères en matière d'assurance médicale, on s'aperçoit que dans tous les pays développés les médecins et les établissements de santé ont eu ou ont des difficultés à s'assurer et que les prix ont partout subi de grandes augmentations.

Dans beaucoup de pays (Etats-Unis, Canada, Australie, Singapour, Hong-Kong, Irlande, Grande-bretagne, Danemark, Italie, etc.) les médecins exerçant des spécialités à risques particuliers se sont regroupés pour négocier en direct et gérer leurs assurances auprès des assureurs et réassureurs.

Ce système qui s'appuie sur la mise en place de la gestion des risques, permet aux médecins d'éliminer les intermédiaires (dont la rémunération accroît le prix des primes) et de contrôler directement l'adéquation de l'évolution du coût de leur assurance en fonction des risques enregistrés.

Une étude de faisabilité a été effectuée pour déterminer si un tel système pourrait procurer une alternative fiable et compétitive aux chirurgiens, gynéco-obstétriciens et anesthésistes de France.

En Octobre 2004, une nouvelle offre d'assurance RCP médicale proposée par le courtier américain MARSH et l'assureur allemand HANOVER REY est apparue sur le marché.

Outre son prix compétitif (5 430 euros par an pour les anesthésistes, 7 480 euros pour les chirurgiens et 10 990 euros pour les gynécologues obstétriciens), le contrat proposé permet de renouer avec les contrats traditionnels, couvrant les remplaçants et les « préposés » des médecins assurés, offrant des ½ primes aux Praticiens Hospitaliers ayant un exercice libéral et aux nouveaux installés pour leur première année d'assurance. De plus, l'assureur a montré un véritable intérêt pour la démarche de gestion des risques préparée dans le cadre de « Réconcilier Droit et Soins ».

Parallèlement, les assureurs présents sur le marché en 2004 ont soit proposé des augmentations de tarif de + 3 à + 15 % pour 2005 (AGF, Médicale de France, MACSF), soit adopté une politique de modération des prix face à cette nouvelle concurrence (MIC / Branchet, AXA).

Certains d'entre eux n'ont pas proposé de reconduction du contrat 2004, contraignant les praticiens concernés à recommencer une procédure BCT.

La mise en marche des nouveaux contrats MARSH ne se fait cependant pas sans difficultés et nous donne l'occasion de mieux approcher les mécanismes du fonctionnement des assurances et d'en mieux cerner les dangers :

- L'importance pour l'assureur du respect de l'un équilibre en nombre entre les différentes spécialités à assurer (Chirurgiens, anesthésistes et gynécologues),
- L'importance des critères d'acceptation ou de refus des demandes,
- L'importance de la conception du questionnaire, base de l'analyse des éléments de risques d'un dossier, ainsi que les aléas introduits par la manière qu'a le médecin demandeur de répondre à ce questionnaire.

Il apparaît alors que pour sécuriser son « produit », en assurer la pérennité et la stabilité des primes, l'assureur cherche à identifier des critères de choix lui permettant de « sélectionner les bons risques ».

Pour les gynécologues obstétriciens, le critère proposé par l'assureur est la pratique de l'amniocentèse, arguant que si le geste en lui-même n'est pas « à risque », la population des parturientes qui le subissent est elle à risques : femmes plus âgées, plus éduquées, plus aisées, et donc plus à même de porter une réclamation. Ce risque est donc relié à une surprime de 50 % de la prime d'assurance (soit 5 200 euros par an) pour un acte coté K 15 (?soit XX euros par acte), pratiqué par environ un tiers des praticiens installés sur 8 % de la population des parturientes.

On assiste alors à la démonstration de la manière dont les assureurs en responsabilité civile médicale ont le pouvoir d'agir sur la restructuration de la pratique médicale par le seul biais des indicateurs qu'ils inventent et testent, sans aucune garantie qu'ils correspondent à une réalité de risque.

Ce que la planification et les SROS tentent de faire : assurer une offre médicale de qualité en quantité suffisante pour couvrir les besoins de la population, les assureurs peuvent le démembrer en un instant, en fixant leurs primes d'assurance.

CONCLUSION

Ce document rend compte du travail d'analyse et de réflexion mené par les URML qui a contribué à la prise de conscience par les médecins des enjeux de la responsabilité civile médicale et de l'assurance. Il témoigne de leur cheminement : de la perception d'une fatalité à la compréhension des différents mécanismes qui composent le système et à la constitution d'une force de réflexion et de propositions.

Si le problème n'est pas encore réglé au fond comme nous le souhaitions lorsque le projet Inter-URML « Réconcilier Droit et Soins » a démarré, nous avons aujourd'hui le sentiment d'avoir en main les atouts qui permettront de réagir aux évolutions de la situation et d'intervenir activement afin d'éviter que les spécialités à risques particuliers ne soient écrasées par la fatalité de la responsabilité médicale.

La situation actuelle, après deux ans d'application des lois des 2002 et d'appels à la reconstitution du marché de l'assurance RCP médical se rapproche de plus en plus de l'absurde et confirme le dysfonctionnement fonctionnel souligné par les URML :

- Les efforts de planification et de soutien aux praticiens les plus exposés aux risques sont annulés par les effets de la situation assurantielle,
- Le paradoxe entre un système de tarification de l'assurance totalement libre et un système de maintien des tarifs médicaux dans un cadre largement planifié pour garantir un accès aux soins pour tous devient insoutenable,
- Malgré une nouvelle offre récente, le marché de l'assurance ne se reconstitue pas,
- La seule solution envisagée par les pouvoirs publics est le subventionnement des primes d'assurance des médecins par l'assurance maladie. Or, on sait que pour que soit versé un euro d'indemnisation aux victimes, les médecins doivent s'acquitter de 3 à 4 euros de prime. Par ailleurs, cet euro accordé par le juge est en moyenne partagé moitié / moitié entre le patient et la caisse d'assurance maladie au titre de l'action récursoire. Comme la caisse participe aussi au paiement de la prime d'assurance des médecins en versant près de la moitié de la prime que le médecin doit payer, l'assurance maladie verse deux euros pour en récupérer ½ euro. Ces trois euros sont à la fois un gaspillage dans les fonds dévolus aux soins mais aussi un frein à la restructuration du fait de la puissance de ceux qui en profitent.

En professionnalisant l'approche de cette question clé par les médecins, les URML ont réussi à susciter la prise de conscience de l'opinion publique et des politiques quant à la gravité de la situation et ont jeté les bases juridiques et organisationnelles d'une évolution – ne serait-ce que par la création de « l'Observatoire des Risques Médicaux » et de RESIRISQ qui découle de leurs travaux.

Cette démarche de gestion des risques est tout à fait de nature à garantir l'esprit de responsabilité qu'attendent les représentants des usagers et pourra les inciter dans un deuxième temps à promouvoir la restructuration du système d'assurance qui est resté une option importante du Projet « Réconcilier Droit et Soins ». De plus, la dissociation de l'indemnisation de la victime d'un accident de soins de la recherche de la responsabilité du professionnel ayant donné les soins qui constitue l'une des caractéristiques importantes des propositions des URML est un dispositif qui fonctionne parfaitement en Suède par exemple.

En 2005, « Réconcilier Droit et Soins » devra veiller à ce que la mise en œuvre de RESIRISQ et des associations professionnelles de spécialités sous l'égide de la Haute Autorité respecte les principes qui ont présidé à sa conception, tout en restant vigilant et prêt à intervenir sur la question de l'assurance responsabilité civile.

ANNEXE

PROJET "RESIRISQ"

"REDUCTION DE LA SINISTRALITE DES RISQUES ATTACHES AUX PRATIQUES MEDICALES"

LES ACTEURS DE L'ÉTUDE

L'étude a été conduite par :

Alain COULOMB, Directeur Général de l'ANAES

Pierre MAILLARD, Directeur Général de l'Institut de Recherche et de Développement de la Qualité

Ont participé au groupe de travail :

Docteur Christian ESPAGNO

Docteur Serge FAVRIN

Docteur Olivier GALLAND

Docteur Yves HEPNER

Chirurgie

(SNCPRE) et

Docteur Didier LAMBERT

Docteur Hervé LECLET

Docteur Michel LEVY

Docteur Jean MARTY

Docteur Jacques MEURETTE

Docteur Vincent MOUNIC

Docteur Patrice PAPIN

Docteur Marie-Claire PATY

Professeur Rémi PELLET

Docteur Jean-Luc QUENON

Stéphane TATU

Docteur Patrick Georges YAVORDIOS

Président OCF

SYNGOF

Syndicat SNCO

Secrétaire Général du Syndicat National de

Plastique Reconstructrice et Esthétique

Secrétaire Général UCF

Président du GIE LDF – Secrétaire Général OCF

IRDQ

Secrétaire Général SNARF

Groupe inter URML (réconcilier Droit et Soins)

Président de l'Union des Chirurgiens Français

ANAES

Secrétaire Général du Syndicat des Orthopédistes

ANAES

Professeur de Droit et Avocat

CCECQA

IRDQ

Président Délégué d'ARRES – Vice-président du
SNARF

LE CONTEXTE GENERAL

La médecine de spécialité traverse une crise qui peut avoir rapidement des conséquences graves et durables sur la qualité des soins.

Les spécialités les plus concernées actuellement sont celles qui exercent leurs activités sur un plateau technique au sein des établissements de soins (obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs, etc.).

Cette crise est provoquée par une augmentation des plaintes déposées par les patients ou leurs familles.

Le facteur principal à l'origine de cette situation est un renforcement sociétal des exigences de qualité et de sécurité, perceptible dans tous les secteurs d'activités.

Il est amplifié par une "judiciarisation" de la médecine, par une augmentation insupportable des primes d'assurances destinées à couvrir la responsabilité civile médicale et par une forte médiatisation des accidents dont sont victimes les patients.

Les médecins sont désemparés. Ils se désengagent des activités qui mettent en cause leur responsabilité. Les jeunes médecins désertent les spécialités à risques.

Cette crise peut s'accroître et s'étendre progressivement à d'autres spécialités.

Il est donc nécessaire de renforcer les dispositifs de maîtrise des risques dans la Santé, tout en permettant aux médecins d'exercer leurs activités avec le maximum d'efficacité. Cette maîtrise des risques doit renforcer la confiance des patients en admettant l'existence de risques inévitables, reconnus et acceptés, présents dans toute activité complexe.

Le présent projet est destiné à concevoir un dispositif national de réduction des risques dans les pratiques médicales. Il devrait permettre de mieux prévenir les dommages causés aux patients, d'accroître la réactivité aux situations de crises imprévisibles, d'abaisser le montant financier des sinistres et de ramener les primes d'assurances en responsabilité civile à un taux supportable par les médecins sans nuire aux équilibres financiers des assureurs.

LES PRINCIPES D'ACTION DU DISPOSITIF

Ce projet consiste à concevoir un nouveau dispositif national permettant de mutualiser des moyens gérés par les médecins et réalisant les missions suivantes :

- Un recensement représentatif et permanent des risques et accidents en les caractérisant et en décrivant leurs causes et la gravité de leurs effets.
- La mobilisation des experts pour rechercher des solutions aux causes générant les situations les plus critiques.
- La diffusion de préconisations préventives préalablement évaluées.

- L'assistance des médecins dans leurs démarches de prévention et de correction des incidents avérés.
- La surveillance de l'application systématique des préconisations destinées à assurer une maîtrise acceptable des risques.
- La mesure périodique des progrès réalisés.
- La diffusion de statistiques nationales présentant des bilans portant sur :
 - . la Qualité et le maintien de l'offre de service,
 - . l'assurabilité des médecins,
 - . le maintien de la démographie médicale nécessaire à une offre de soins appropriés.

Ce nouveau dispositif permettra de combler un vide crucial au plan national en matière de maîtrise des risques dans la Santé, et d'améliorer les conditions d'exercice et d'assurabilité des médecins.

Il agira en parfaite synergie et de manière cohérente avec les autres structures ayant des finalités voisines et complémentaires. Il contribuera à rendre à nouveau plus attractives certaines spécialités médicales.

LES CONTRAINTES DE FONCTIONNEMENT IMPOSÉES AU DISPOSITIF

Le dispositif doit fédérer l'ensemble des parties prenantes et intéressées, c'est-à-dire :

- . les médecins représentés par leurs structures professionnelles (URML, fédérations, syndicats, sociétés scientifiques et intellectuelles)
- . les fédérations hospitalières publiques et privées
- . les réseaux de soins
- . les associations de patients
- . les Pouvoirs Publics (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère de la Justice)
- . la FFSA et la FFNF
- . les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation
- . le système d'assurance maladie
- . l'ANAES

Le dispositif doit :

- . être géré par les médecins
- . s'appuyer sur les compétences et les expériences de ces différentes structures et leur fournir en contrepartie des services rentrant dans le champ de ses activités
- . posséder une architecture lui permettant de prendre en compte les spécificités de chaque spécialité médicale (les médecins généralistes – omnipraticiens – étant considérés comme une spécialité)
- . disposer d'un financement externe récurrent assurant sa pérennité
- . posséder un statut de droit privé remplissant des fonctions de service public administratif
- . être l'interlocuteur unique des Pouvoirs Publics relativement à cette nature d'activités.

- . réaliser des prestations en parfaite synergie avec les autres structures qui interviennent au niveau de la qualité des soins
- . exploiter au mieux les informations captées par ces autres structures, afin d'éviter une inflation de demandes d'informations s'adressant aux médecins.
- . créer des standards de saisie d'informations simples et ergonomiques

Le dispositif est ouvert au secteur libéral et au secteur public.

L'efficience de RESIRISQ repose sur : l'adhésion d'une grande majorité de médecins à ce dispositif, une alerte systématique de la part de ces derniers sur les risques et incidents rencontrés dans l'exercice de leurs pratiques, une contribution à l'émergence de solutions destinées à supprimer les causes qui sont à l'origine des risques et des incidents, une application des préconisations formulées par RESIRISQ et évaluées par l'ANAES. Les médecins doivent pouvoir bénéficier d'une valorisation de leur contribution à la maîtrise des risques sous une forme financière et par la délivrance d'un "label".

Enfin, les informations adressées par les médecins à RESIRISQ doivent être anonymisées à la source. Le but de ces informations est d'alimenter les tableaux de bord synthétiques et nationaux de RESIRISQ qui permettront de prioriser et de guider les recherches de solutions aux risques les plus critiques et de fournir des statistiques globales sur l'évolution des risques par spécialité.

Ces tableaux de bord ne sont en aucun cas destinés à des évaluations individualisées d'établissements de soins ou de médecins.

L'ORGANISATION GÉNÉRALE DE RISIRISQ

Le dispositif doit posséder une architecture managériale interne adaptée à ses missions

Cette architecture est composée :

d'un système de management stratégique comportant : un Conseil de Surveillance, un Conseil d'Administration, un Conseil Scientifique, et d'une structure opérationnelle constituée de quatre entités.

Les missions du Conseil de Surveillance sont les suivantes :

- . Veiller à ce que le dispositif remplisse avec efficience ses finalités dans l'intérêt : des patients, des Pouvoirs Publics, des médecins.
- . Veiller à ce que ses activités dégagent une valeur ajoutée qui complète celles des autres structures situées dans son voisinage, sans empiéter sur leurs finalités respectives.
- . Veiller à ce que le maximum de synergie s'instaure avec les autres structures partenaires qui peuvent apporter une contribution utile au fonctionnement du dispositif, mais aussi bénéficier de ses compétences.
- . Veiller au bon usage des apports financiers qui lui permettront de réaliser ses missions.

Les missions du Conseil d'Administration sont les suivantes :

- . Définir la politique du dispositif et surveiller son exécution
- . Approuver les comptes et voter le budget

- . Nommer le Directeur du dispositif
- . Autoriser l'acquisition de biens immobiliers nécessaires à la réalisation de l'objet du dispositif

Les missions du Conseil Scientifique sont les suivantes :

- . Valider les méthodes scientifiques utilisées pour assurer la réduction des risques associés aux pratiques médicales et leurs sinistralités.
- . Valider les partenariats à instaurer entre le dispositif et les structures externes qui apportent un soutien méthodologique et technique.

L'organisation et les missions de la structure opérationnelle se décrivent de la manière suivante :

- Elle comporte un service central de gestion chargé :
 - . de déterminer et d'assurer les relations avec les instances institutionnelles françaises concernées par les finalités du dispositif,
 - . de déterminer et d'assurer les relations avec les structures représentatives des assureurs, des courtiers, des patients, des mutuelles, des professionnels de la Santé et des établissements de soins,
 - . d'assurer une veille internationale portant sur des initiatives ayant les mêmes finalités que le dispositif,
 - . d'élaborer et de faire appliquer les règles communes internes ou contractualisées avec des entités externes,
 - . de concevoir et d'animer le système managérial opérationnel du dispositif,
 - . d'assurer la gestion administrative du dispositif (logistique, gestion du personnel et gestion financière).
- Une unité centrale chargée :
 - . de développer et maintenir le système informatique de traitement des informations,
 - . de développer et de mettre en œuvre les méthodes de saisies et de traitements statistiques des informations.
- Des cellules opérationnelles intégrées (une par spécialité médicale) chargées :
 - . d'assurer l'ensemble des prestations de services au niveau de chacune des neuf grandes spécialités médicales référencées au niveau européen,
 - . de passer les commandes de prestations bénéficiant au dispositif et s'adressant aux groupements (associations professionnelles, URML, Sociétés Savantes) qui représentent les médecins qui sont impliqués dans la recherche d'une réduction des risques et des sinistres associés.
- Des relais opérationnels externes composés par :
 - . des associations agréées (une par spécialité),
 - . les URML

RESIRISQ confiera à ces deux dernières composantes des missions contractuelles destinées à mobiliser les médecins, enrichir les échanges de bonnes pratiques axés sur la maîtrise des risques, être une force de proposition pour réduire les risques à partir d'expériences concluantes réalisées de manière empirique, et renforcer en permanence l'efficacité des communications ascendantes et descendantes entre les médecins et RESIRISQ.

RESIRISQ puisera également dans ces réservoirs de compétences les ressources nécessaires pour s'assurer que les médecins, adhérents à RESIRISQ et bénéficiant du label, respectent systématiquement leurs engagements.

LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DU DISPOSITIF

Nature des dépenses

Le dispositif est amené à engager :

- Des frais de fonctionnement interne comportant : des consommations de fournitures et de services en provenance de tiers, des charges de personnel, des impôts et taxes, des charges financières.
- Des achats de marchandises.
- Des amortissements d'équipements.

Les services réalisés par RESIRISQ représentent la part la plus importante des dépenses et intègrent notamment trois lignes spécifiques aux modes de fonctionnement du dispositif :

- L'achat de prestations aux structures externes en appui aux activités du dispositif dans le domaine de :
 - . l'assistance méthodologique portant sur le management des risques, la maîtrise des risques et le traitement statistique des informations capitalisées,
 - . l'assistance informatique portant sur l'évolution des systèmes de traitement automatique des données et la maintenance de ces systèmes.
- L'achat des prestations confiées aux associations agréées et aux URML.
- La rémunération des contributions des médecins en réponse aux engagements contractuels liés à leur adhésion à RESIRISQ.

Les dépenses globales du dispositif, en dehors de la rétribution des contributions des médecins sont estimées à terme à : **8 Millions € par an**. Ce montant évoluera progressivement en fonction du nombre de spécialités prises en charge.

Les dépenses relatives aux contributions des médecins sont beaucoup plus importantes. Elles sont estimées à une moyenne de : **5.000 € par médecin et par an**.

Nature des recettes

Les bénéfices du développement des activités du dispositif profiteront à l'ensemble de la collectivité nationale. Dans ces conditions, il est souhaitable que le financement des dépenses du dispositif soit assuré par "un Fonds National de Gestion du Risque Médical" géré par le dispositif. Il appartient aux Pouvoirs Publics de déterminer les modalités de financement de ce Fonds.

Ce mode d'affectation de recettes est permis quelle que soit la nature juridique du Fonds dès lors qu'il est acquis que celui-ci participe à l'exécution d'un service public administratif. Le dispositif pourrait être parfaitement doté d'une structure de droit privé, ou constitué d'une personne publique dotée d'un régime financier de droit privé, et les ressources qui lui seraient directement affectées seraient déterminées dans le cadre des lois de financement de la sécurité

sociale. Ainsi le financement du Fonds ne serait pas le résultat d'une négociation conventionnelle, mais la décision du Parlement, seul habilité à décider du niveau de contribution de la solidarité nationale, sous forme de prélèvements effectués sur le "Fonds National de Prévention" des différents régimes d'assurance maladie. Des recettes complémentaires peuvent être envisagées par la réalisation de prestations ponctuelles s'adressant à des structures publiques ou privées.



N° Vert 0 800 880 607

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon
Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : urmlra@urmlra.org - www.urmlra.org
