



Inspection générale des finances  
Inspection générale des affaires sociales

## **CONCLUSIONS DU RAPPORT D'ENQUÊTE**

# **SUR L'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE**

Établi par

Agnès JEANNET  
Inspectrice Générale des Affaires Sociales

Jacques BAYLE  
Inspecteur Général des Finances

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU  
Inspectrice des Affaires Sociales

Christophe IZART  
Commissaire Contrôleur des Assurances

- JANVIER 2004 -

## **CONCLUSIONS DU RAPPORT D'ENQUETE SUR L'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE**

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.

La mission s'est efforcée de recueillir l'ensemble des éléments chiffrés disponibles sur la situation française, a procédé à de larges auditions et a éclairé le diagnostic de la situation française par des comparaisons internationales menées dans quatre pays : États-Unis (États de New York et du New Jersey), Royaume-Uni, Allemagne et Suède.

Elle a concentré ses investigations sur les activités les plus touchées par la hausse des primes d'assurance : celles des médecins ainsi que des établissements de santé, notamment privés.

La mission a été confrontée à une difficulté méthodologique, l'impossibilité d'établir un diagnostic quantitatif fiable. En effet, la responsabilité civile médicale est comptabilisée dans la branche responsabilité civile générale et à ce titre ne fait l'objet d'aucune individualisation dans les comptes des compagnies d'assurance ; et il n'est pas possible de mettre en concordance l'information en provenance des tribunaux judiciaires et administratifs avec celle des compagnies d'assurance.

Aussi la mission s'est-elle fondée sur des enquêtes sur échantillons et des entretiens dont la fiabilité n'est pas assurée. La mission a cependant pu réunir des éléments d'éclairage multiples et significatifs qui lui ont permis d'établir un diagnostic d'ensemble.

La présente note détaille le diagnostic de la mission, son analyse des scénarios de réforme et ses recommandations.

**Le rapport ne peut être rendu public in extenso compte tenu de l'obligation légale de protection d'informations financières couvertes par le secret commercial à l'exception du résumé des conclusions qui suit.**

### **RESUME**

La crise de l'assurance de responsabilité civile médicale qui sévit depuis 2001/2002 est bien réelle, mais se concentre sur une faible proportion des professionnels de santé, tout particulièrement les spécialistes exerçant sur plateau technique, obstétriciens, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, et les cliniques privées de MCO. Tout en étant circonscrite en nombre de professionnels, il n'en demeure pas moins que cette crise de l'assurance de RC médicale se conjugue à d'autres facteurs qui rendent moins attractives l'ensemble des disciplines exposées.

S'agissant des compagnies d'assurance, la crise résulte de la conjonction d'une dégradation des comptes techniques, en dépit d'un relèvement tarifaire élevé pour ces professionnels de santé des primes d'assurance, et d'une contraction de l'offre d'assurance liée au désengagement de certains acteurs du marché. Ceci s'inscrit dans un contexte de croissance régulière des réclamations liées à des accidents médicaux, les indemnités accordées aux victimes connaissant une croissance parfois forte en cas d'assistance d'une tierce personne.

Cette crise s'inscrit dans un contexte juridique très mouvant et marqué par des modifications législatives importantes, et dont les effets ne pourront être pleinement mesurés au mieux que dans deux ans.

Dans ce contexte, la mission considère qu'il est prématuré d'envisager des réformes de grande envergure, qui pourraient avoir des effets significatifs sur la conception de la responsabilité médicale, sur les relations entre patients et médecins, et sur les finances publiques. Elle préconise en revanche la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement transitoire sur les trois ans à venir, destiné à combler les éventuels défauts d'offre des compagnies d'assurance et à aider transitoirement les professionnels confrontés à des hausses de primes en contrepartie d'engagements précis de prévention des accidents médicaux évitables. Dans le même temps, elle encourage la mise en place d'un dispositif de suivi de nature statistique et comptable permettant de bien évaluer les effets des réformes récentes.

Elle recommande d'engager dès à présent une politique de gestion du risque, élément complémentaire des dispositifs déjà construits en matière de qualité et d'évaluation des soins, lesquels doivent également être consolidés ou amplifiés.

## **CONCLUSIONS DU RAPPORT D'ENQUETE CONJOINT IGAS-IGF SUR L'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE**

### **1. Le diagnostic de la situation française de l'assurance de responsabilité civile médicale comporte quatre éléments : une crise récente et aiguë, un contexte juridique fortement modifié, l'insuffisance du dispositif de prévention des accidents médicaux et une certaine spécificité par rapport à la situation observée dans les pays étudiés par la mission.**

#### 1.1. Une crise récente et aiguë de la responsabilité civile médicale qui comporte les éléments suivants :

- la RCM représente pour les assureurs une activité marginale, sauf pour les quelques sociétés spécialisées dans ce risque. En effet la responsabilité civile, dont la RCM est une sous-catégorie constitue 5% seulement du chiffre d'affaires de l'assurance « non-vie ». La RCM quant à elle représente à peine 15% de la responsabilité civile. En termes de rentabilité, la RC est médiocrement rentable et la RCM encore moins. Forte est donc la tentation pour les assureurs généralistes de se désengager ;
- La « judiciarisation » de la médecine constitue un phénomène fortement ressenti par les professionnels de santé et de l'assurance qu'il est difficile d'objectiver avec certitude en l'absence d'un système d'information pertinent. Les réclamations connaissent une augmentation régulière depuis une dizaine d'années. Dans ce contexte, les données issues des tribunaux et des compagnies d'assurance montrent que l'augmentation des indemnisations observée sur la période n'a pas pour cause principale une hausse de la fréquence des sinistres ou du nombre des procédures contentieuses, mais la forte progression du montant des indemnités octroyées, notamment au titre de l'indemnisation des coûts liés à l'assistance d'une tierce personne ;
- les difficultés sont concentrées sur un nombre réduit de professionnels de santé. Il convient de souligner que la crise n'affecte pas l'intégralité du corps médical. Elle se concentre sur les praticiens libéraux exerçant trois spécialités (anesthésie, chirurgie et obstétrique), soit près de 10 000 médecins sur un total de 110 000, ce qui représente un ordre de grandeur de 10%. Concernant les établissements de soins privés, la crise affecte tout particulièrement les cliniques qui ont une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), soit les deux tiers du nombre total (1300) des cliniques privées ;
- concernant les primes d'assurance, deux constatations ont été faites. La première vise la communication des assureurs sur le mode de détermination des primes qui a manqué de transparence. Cette opacité a contribué à détériorer les relations entre professionnels de santé et assureurs. La deuxième constatation concerne le niveau des primes qui, pour autant qu'il puisse être appréhendé, a enregistré une évolution contrastée. Pendant une première période, marquée par une forte concurrence entre assureurs, les primes étaient inférieures au niveau d'équilibre. A cette période a succédé un rattrapage brutal, dans un contexte de détérioration des marchés

financiers et de durcissement des conditions de réassurance. Ce phénomène de rattrapage, qui semble, d'après les éléments rassemblés par la mission, avoir permis au marché de se rapprocher de l'équilibre technique, s'est traduit par un alourdissement des charges des médecins exerçant les spécialités les plus exposées, gynécologie obstétrique, chirurgie et anesthésie réanimation.

- ces professions ont par ailleurs connu au cours des dernières années des évolutions de revenus moins fortes que la moyenne des spécialistes. Dans le même temps, la situation financière des cliniques de MCO s'est nettement dégradée. Mais des mesures significatives en terme de revenus sont intervenues en 2002 en faveur des obstétriciens et des maternités, puis en 2003 pour les échographistes, les chirurgiens (dont les obstétriciens) et les anesthésistes par le dispositif des contrats de pratiques professionnelles. Ces mesures sont de nature à atténuer les difficultés rencontrées par ces praticiens.
- parallèlement à la hausse brutale des primes, la mission a observé le désengagement de certaines compagnies d'assurance (Saint Paul et AGF, par exemple), qui a généré une insuffisance d'offre. C'est dans ce contexte que s'est développée une petite société de droit irlandais, Medical Insurance Company (MIC), qui couvrait en 2003 près de 4000 praticiens pour un niveau de primes très inférieur à celui observé sur le marché français. 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. Il y a lieu de souligner que la souscription de contrats collectifs par certains syndicats de spécialités médicales s'est trouvée, du fait du désengagement des assureurs, fortement perturbée, ce qui a accentué la crise de l'offre. Cette situation a conduit à la mise en place pour 2003, par les assureurs, du Groupement temporaire d'assurance médicale (GTAM). L'annonce de la cessation d'activité du GTAM pour la fin de l'année 2003 a eu pour conséquence la saisine du bureau central de tarification (BCT) par un grand nombre de professionnels. La mission souligne que cette procédure a conduit à soumettre à une procédure d'exception, conçue pour des assurés à risque aggravé un nombre important de professionnels de la santé aux conditions d'exercice professionnel normales.
- la décision de la FFSA de proroger le GTAM, pour les dossiers que le BCT ne serait pas en mesure de traiter avant le 31 décembre 2003, a constitué une saine mesure de précaution, dont le caractère temporaire n'est toutefois pas de nature à répondre à un potentiel choc d'offre dans le futur, lié à la défaillance d'une société d'assurance par exemple.

1.2. Le cadre juridique a été largement modifié par les lois du 4 mars 2002 et du 30 décembre 2002.

Ces lois ont d'une part, créé un régime d'indemnisation au titre de la responsabilité sans faute pour les dommages les plus graves ainsi qu'une procédure générale de conciliation, et d'autre part instauré la base réclamation pour les contrats d'assurance de RCM : en base réclamation, c'est l'assureur du contrat en vigueur lorsqu'une réclamation intervient qui indemnise en général la victime. L'effet de ces modifications législatives, d'une part sur le fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI), d'autre part sur les comptes des compagnies d'assurance, ne commencera à être mesurable qu'à partir de 2006.

1.3. La crise est intervenue alors même que les dispositifs de prévention des accidents évitables restent aujourd'hui insuffisants.

La réduction des accidents médicaux, et plus largement la qualité des soins constituent l'enjeu majeur pour la société au plan général et pour le secteur de l'assurance de la responsabilité médicale, au plan particulier. Les politiques permettant d'atteindre cet objectif sont récentes. Elles se sont développées en

France, comme dans beaucoup de pays, à partir des années 90. Dans ce domaine, la France se caractérise par une politique active sur le plan institutionnel marquée par des avancées notables en terme de procédure de qualité des soins, mais par une faiblesse des actions ciblées en terme de gestion des risques au sens du concept de « retour sur expérience » ou pour reprendre le terme anglo-saxon de « risk management ».

1.4. La mise en perspective de la situation française au regard des situations étrangères montre que les tendances lourdes en matière de sinistralité sont les mêmes. En revanche, la situation de crise que connaît la France ne se retrouve qu'aux États-Unis, mais sans revêtir le caractère explosif atteint dans ce pays du fait des spécificités de son système judiciaire, qui parvient à allouer d'énormes indemnités.

## **2. Les deux scénarios de réforme expertisés par la mission ne peuvent être retenus.**

2.1. Deux familles de propositions de réforme ont été présentées à la mission par les organisations professionnelles de l'assurance et des professions de santé :

- la première, consiste à redéfinir le régime de la responsabilité médicale en la limitant à la « faute inexcusable ou intentionnelle », concepts inspirés respectivement du régime des accidents du travail et de la faute détachable du service issue de la jurisprudence administrative. L'intervention des compagnies d'assurance serait limitée aux fautes les plus graves. La quasi-totalité des fautes serait réparée par un dispositif public, géré par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et financé sous trois formes : cotisation personnelle des professionnels, cotisation forfaitaire des patients lors de leur hospitalisation, et dotation complémentaire de l'assurance maladie ;
- la seconde famille de réforme consiste à plafonner le risque assuré à 500 000 euros. Au-delà, les sinistres seraient pris en charge par la solidarité nationale et financés par un prélèvement additionnel aux contrats d'assurance multirisque habitation.

2.2. La mission considère que ces propositions ne peuvent être retenues.

La mission considère que la mise en œuvre de ces propositions présenterait aujourd'hui plus d'inconvénients que d'avantages. La proposition qui réduit le périmètre de la responsabilité médicale au civil, est susceptible d'accroître les procédures pénales, ce qui est contraire à l'objectif recherché. La proposition d'écêtement s'accompagne de l'institution d'un prélèvement obligatoire supplémentaire sans que la stabilisation du niveau des primes puisse être garantie. Il y a lieu de préciser que le coût de ces dispositifs est très difficilement chiffrable.

La mission souligne que la mise en œuvre de ces propositions contribuerait à accroître les charges pesant sur les ménages tout en déresponsabilisant les acteurs face à l'apparition des risques, et laisserait pendante la question essentielle de la prévention des accidents médicaux. Aussi la mission considère-t-elle que ces propositions sont inapplicables en l'état et préconise-t-elle de différer à l'horizon de l'exercice 2006 la mise en œuvre d'éventuelles réformes de fond de la RCM.

Il paraît en effet nécessaire d'attendre, pour prendre une décision éclairée, que les deux lois de 2002 aient produit leurs effets, ce qui renvoie à la connaissance des résultats de l'exercice 2005, qui ne seront disponibles qu'en 2006. Ce n'est qu'à cette échéance que seront disponibles des données permettant de lever les incertitudes actuelles. Il convient notamment de prendre la mesure d'une éventuelle « déjudiciarisation » des procédures de contestation grâce à la conciliation, ou au contraire d'un effet d'appel sur les contentieux. De même il faut cerner sur quelques années l'évolution du niveau des primes et de la sinistralité. Ces constats sont indispensables pour engager, par la voie législative, toute réforme de structure.

**3. La mission recommande la mise en place d'un dispositif de transition, la « fiabilisation » de l'appareil comptable et statistique de la RCM, l'instauration d'une obligation pour les assureurs d'annexer une notice explicative aux contrats de RCM, un effort des pouvoirs publics ciblé sur les professions à risque et l'engagement d'une politique de prévention des accidents médicaux.**

3.1. Un dispositif transitoire qui garantisse une offre d'assurance aux professionnels de santé :

La situation de crises répétées que connaît le secteur appelle des mesures transitoires pour éviter le défaut d'offre constaté depuis deux années, lequel contribue, indépendamment du niveau des primes, à exacerber les tensions entre professionnels de santé, assureurs et pouvoirs publics.

La prolongation du GTAM pour une durée de trois ans, soit jusqu'en 2006 permettrait d'attendre, dans un climat plus serein qu'à présent, une éventuelle reconstitution de l'offre et assurerait l'existence d'une couverture d'assurance en cas de défaut d'une compagnie financièrement fragile. En effet, le BCT n'a fondamentalement pas vocation à traiter des grands nombres de praticiens qui se retrouveraient sans assurance, puisqu'il reste une procédure d'exception pour les risques aggravés.

La mission est consciente des difficultés liées à la prolongation du GTAM, qui fait actuellement l'objet d'une plainte auprès du Conseil de la concurrence. Toutefois, la mission considère que les inquiétudes des assureurs devraient être apaisées par le fait que la demande de prolongation émane des pouvoirs publics, et qu'une première prolongation a déjà été décidée par la FFSA, ce qui constitue une indication selon laquelle le dispositif est, somme toute, acceptable.

3.2. Un dispositif de mise en cohérence et de suivi des informations sur les réclamations permettant une communication transparente :

Il importe qu'un suivi des réclamations soit assuré sous l'égide des pouvoirs publics, associant l'ensemble des acteurs concernés : professionnels de santé, assureurs, office national d'indemnisation des accidents médicaux, associations de victimes et représentants de l'État (ministères de la santé et des finances, Chancellerie). Ces travaux viseraient à rassembler les données issues des différentes sources existantes et à les consolider, afin de mettre en place une communication transparente sur les réclamations et les contentieux. Le préalable à cette clarification est la mise en place de l'individualisation comptable, dans les compagnies d'assurance, de l'activité RCM.

3.3. L'instauration d'une obligation pour les assureurs d'informer les professionnels assurés sur l'étendue des garanties offertes par les contrats de RCM :

Compte tenu du changement de régime juridique des contrats de RCM en 2003, il est nécessaire que les assureurs annexent une notice aux contrats, notice explicitant les modalités du système « base réclamation » (cf. point 1.1.).

3.4. Un effort ciblé au profit des professions à risques :

Cette action doit se centrer sur l'obstétrique et la chirurgie de manière à prendre en compte, au-delà de la question de l'assurance, les sujétions particulières du métier, afin de rendre plus attractives ces

disciplines. En ce qui concerne l'assurance, la mise en oeuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) qui instaurera une liste unique d'actes, commune aux secteurs libéral et public hospitalier, et qui, pour le secteur libéral, redéfinira une nouvelle grille d'honoraires prenant en compte le travail médical et les charges professionnelles, constitue une voie d'action appropriée. A très court terme, le dispositif de compensation des surcoûts d'assurance, tel qu'organisé par la CNAMTS, devrait être prorogé en 2004, en le réservant aux seules spécialités de l'obstétrique et de la chirurgie et en le conditionnant à l'engagement du professionnel dans une action de prévention des accidents médicaux.

### 3.5. Le développement d'une gestion globale des risques médicaux :

Il paraît important de développer dans notre pays une politique de gestion des risques médicaux, au sens d'une démarche de prévention des accidents évitables. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), qui a déjà en charge le développement d'une politique globale de la qualité des pratiques médicales et des établissements de soins, a initié tout récemment un projet de gestion des risques. L'ANAES doit être encouragée dans cette voie.