

Amendement loi Santé

Au premier alinéa du IV de l'article 146 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 la date du « 1er janvier 2012 » est remplacée par celle du « 5 septembre 2001.»

Objet

Cet amendement a pour objet de sauver de la ruine une poignée de médecins qui sont aujourd'hui victimes des défauts de leur couverture d'assurance professionnelle, nés d'une mal-façon législative qui date de 2002.

À cette époque, les assureurs des praticiens et établissements de santé avaient menacé de se retirer du marché parce qu'ils estimaient que les jurisprudences judiciaires et administratives avaient considérablement aggravé la fréquence et le coût des risques qu'ils devaient couvrir.

Pour éviter que les praticiens et établissements de santé ne soient privés de toute couverture d'assurance, les lois n° 2002-303 du 4 mars 2002 (dite « Kouchner ») et n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 (dite « About ») ont modifié en profondeur les règles régissant ce secteur.

Malheureusement, ces réformes ont eu un effet pervers. Elles ont exposé les praticiens de santé libéraux à deux risques de « trous de garantie » dans leur couverture d'assurance : d'une part, en cas de dépassement des « plafonds d'assurance » (risque d'« épuisement » de la garantie d'assurance) ; d'autre part, en cas de plainte déposée après les dix ans suivant la cessation d'activité des praticiens (risque d'« expiration » de la garantie d'assurance)

Ainsi, les praticiens libéraux qui avaient régulièrement payé leurs assurances couraient désormais le risque de n'être pas couverts au-delà d'un certain délai ou d'un certain montant de garanties.

Le risque était particulièrement élevé pour les obstétriciens car, en cas d'accident lors d'un accouchement, les dommages-intérêts définitifs ne sont fixés par les juges qu'à la majorité de la victime et pour une durée très longue puisque l'espérance de vie des personnes handicapées s'allonge grâce aux progrès de la médecine. Compte tenu des sommes en jeu une dizaine de médecins étaient ainsi menacés de ruine par le seul effet des lois de 2002 et alors qu'ils avaient régulièrement payé leurs primes d'assurance professionnelle.

Il fallut attendre la loi de finances pour 2012 pour que fût créé un « fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral » (article L 426-1 du code des assurances). Financé par « une contribution forfaitaire annuelle à la charge des professionnels de santé » exerçant à titre libéral, ce fonds doit intervenir quand les garanties assuranciennes commerciales sont expirées ou épuisées.

Mais la loi de finances a limité l'intervention de ce fonds aux cas des « accidents médicaux consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins faisant l'objet d'une réclamation, au sens de l'article L. 251-2 du code des assurances, *soit déposée à compter du 1^{er} janvier 2012* en cas d'expiration du délai de validité de la couverture du contrat d'assurance mentionné au même article L. 251-2, *soit mettant en jeu un contrat d'assurance conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1^{er} janvier 2012* ».

Cette précision capitale ne se trouve pas dans la présentation par Legifrance de l'article L 426-1 du code des assurances. Pour la trouver, il faut se référer aux dispositions de l'article 146 de la loi de finances.

En pratique, cela signifie que le fonds ne peut pas intervenir dans deux hypothèses :

- **si une réclamation a été portée contre un praticien avant qu'il ait, dans l'année 2012, « conclu, renouvelé ou modifié » son contrat d'assurance ;**
- **lorsqu'un praticien a cessé toute activité avant l'échéance de son contrat en 2012 (par ex. arrêt de l'activité en février 2012 alors que l'échéance du contrat était en juin 2012) ou dans les années précédentes (par exemple en 2010),** la couverture d'assurance continue à faire effet pendant dix ans (« subséquente ») mais en cas de plainte pendant cette période, suivie d'une condamnation, la part des indemnités supérieure au plafond de cette couverture d'assurance reste là encore à la charge du praticien.

Ainsi, une dizaine de praticiens demeurent menacés de faillite parce qu'ils sont privés de la protection du fonds, alors même que celui-ci est financé exclusivement par les seuls professionnels de santé libéraux.

En 2017, la ministre de la Santé, Mme Marisol Touraine, avait refusé l'extension du champ d'intervention du fonds au motif qu'elle menacerait son équilibre financier. Mais cette assertion n'a jamais été démontrée : d'ailleurs, alors que la loi de finances pour 2012 prévoyait que le gouvernement devait présenter au Parlement, « avant le 31 décembre 2016 », le bilan définitif du dispositif créé par l'article L. 426-1 du code des assurances, les pouvoirs publics n'ont jamais publié un tel rapport.

En tout état de cause, la prise en charge par le fonds des dépassements de plafond s'étalerait sur de longues années car les indemnités sont allouées au fur et à mesure de

l'évolution de la vie de la personne qui fut accidentée au moment de l'accouchement. De plus, dans les quatre décennies à venir, les pouvoirs publics seront amenés à adapter les cotisations en fonction des évolutions de l'inflation et des dépenses de sorte que l'équilibre financier du fonds est nécessairement garanti : il n'y a donc aucun risque de rupture brutale de l'équilibre financier du fonds.

De surcroît, les finances publiques gagneraient à ce que le champ d'intervention du fonds soit étendu. En effet, compte tenu des sommes en jeu, le patrimoine des praticiens concernés ne pourra pas couvrir les sommes dues au titre de la prise en charge médicale de personnes lourdement handicapées. Cela signifie donc que le coût des soins restera à la charge de l'assurance maladie.

Enfin, le gouvernement actuel a fait la démonstration que le fonds pouvait supporter de nouvelles charges. Ainsi, l'ordonnance n° 2017-1609 du 27 novembre 2017 a confié au fonds la mission « *d'indemniser les bénéficiaires des contrats souscrits par les professionnels de santé exerçant à titre libéral conformément à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, en cas de retrait d'agrément des entreprises d'assurance opérant en France.* » (paragraphe II de l'article L 426-1 C. ass.). Dans cette hypothèse, les praticiens libéraux paieront deux fois : une fois par les primes qu'ils versent aux assurances ; une autre fois par leur contribution au fonds qui prendra en charge les assureurs qui auront encaissé les primes avant de se voir retirer leur agrément par les pouvoirs publics.

Aujourd'hui, il paraîtrait totalement injuste que les pouvoirs publics refusent d'étendre l'intervention de ce même fonds au bénéfice d'une poignée d'obstétriciens, alors que ce dispositif avait été précisément créé pour protéger ces spécialistes, en tant qu'ils étaient les plus exposés au risque de ruine résultant d'un défaut de conception des lois précitées des 4 mars et 30 décembre 2002.