



n°169 - 2025

Analyses et synthèses

Rapport sur les données relatives à l'assurance de responsabilité civile médicale - Exercice 2023



CONTEXTE

L'article L. 4135-2 du code de la santé publique¹ impose aux entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile tels que mentionnés à l'article L. 1142-2 de ce même code² (soit les risques de responsabilité civile médicale, « RCM » par la suite) de fournir à l'Autorité de contrôle des données de nature comptable, prudentielle ou statistique sur ces risques lorsque leur activité RCM représente plus de 1 M€ de primes. Ce texte prévoit que l'Autorité de contrôle « procède à l'analyse de ces données, les transmet sous forme agrégée et en fait rapport aux Ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale »³. L'arrêté du 24 juin 2008, qui en a précisé les modalités d'application (en particulier en termes de délais, de périodicité et de contenu de l'information à transmettre à l'Autorité de contrôle), prévoit notamment que seuls les assureurs ayant une activité significative en matière de couverture de responsabilité civile médicale (en l'espèce, dont le montant des primes excède un million d'euros au cours de l'exercice considéré⁴) sont tenus aux obligations déclaratives susmentionnées.

Le présent rapport est réalisé en application de ces textes. Il porte sur les informations relatives à l'exercice 2023 communiquées par les entreprises d'assurance. Les données relatives aux exercices précédents, utilisées dans la présente étude, peuvent différer de celles présentées dans les rapports antérieurs car les sociétés contribuant à l'étude ont pu recevoir et intégrer de nouvelles informations sur ces exercices.

Ainsi, pour l'année 2023, 19 entreprises d'assurance ont transmis des données et ont été prises en compte dans les analyses : 18 d'entre elles ont effectivement émis un montant de primes supérieur à 1 million d'euros (1 M€), tandis qu'une société étrangère a tout de même transmis ses données bien qu'étant sous les seuils définis par la loi⁵. En sus, 2 sociétés sous le seuil de 1 M€ de primes ont arrêté de transmettre leurs données, comme la loi les y autorise. Les données ont été obtenues par extrapolation⁶ sur la base des derniers éléments connus afin d'induire le moins de distorsion possible dans le périmètre d'analyse. Ce périmètre de 21 sociétés (inchangé par rapport à 2022) est à mettre en regard des 586 entreprises d'assurance ou succursales autorisées à souscrire en France des contrats en responsabilité civile générale en 2023 : 104 sociétés dont le siège est en France, 35 succursales d'entreprises de l'EEE installées en France en liberté d'établissement (LE), 300 établissements étrangers et 142 succursales de l'EEE ayant l'autorisation d'exercer en libre prestation de service (LPS) et 2 succursales de pays tiers.

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de l'assurance de responsabilité civile médicale pour l'ensemble du marché et pour certaines spécialités reconnues comme particulièrement exposées au risque professionnel au sens de l'article L. 4135-1 du code de la santé publique⁷ :

- Gynécologie-obstétrique (spécialité 12 définie à l'article D. 4135-2⁸) ;
- Anesthésie-réanimation et réanimation médicale (spécialités 13 et 14) ;
- Chirurgie (spécialités 1 à 11) ;
- Ophtalmologie, cardiologie, stomatologie, oto-rhino-laryngologie, gastro-entérologie, pneumologie, radiologie, réunies dans les « Autres spécialités » à l'article D. 4135-2.

¹ Détail de l'article L. 4135-2 du code de la santé publique en annexe

² Détail de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique en annexe

³ Une copie de ce rapport est adressée à l'Observatoire des risques médicaux.

⁴ Cf. arrêté du 24 juin 2008 définissant les modalités de transmission à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution des données relatives à la responsabilité civile médicale.

⁵ Celle-ci est en *run off* sur l'activité RCM.

⁶ L'organisme étant en *run off*, les données ont été extrapolées en utilisant une méthode de type *Chain Ladder*.

⁷ Détail de l'article L. 4135-1 du code de la santé publique en annexe

⁸ Détail de l'article D. 4135-2 du code de la santé publique en annexe.

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

La concentration du secteur autour des 4 premières sociétés se renforce (80% des primes en 2023, 77% en 2022). Plusieurs assureurs français réalisent une part importante de leur chiffre d'affaires sur ce marché. Pour les sociétés étrangères, la responsabilité civile médicale ne représente qu'une faible part du chiffre d'affaires. Le retrait soudain de ces sociétés n'aurait que peu d'impact sur leurs activités propres mais pourrait perturber le marché français de la RCM. Poursuivant la tendance observée depuis 2021 avec le contexte inflationniste, les primes émises sont en hausse sensible en 2023 : 626,7 M€ contre 593,5 M€ en 2022 (+5,6%). Cette hausse portée par la responsabilité civile médicale des praticiens et des établissements de soins (de 558,4 M€ en 2022 à 600,7 M€ en 2023), tandis que sur celle des producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, les primes déclinent (de 35,1 M€ en 2022 à 25,9 M€ en 2023).

La sinistralité de l'exercice 2023 demeure élevée, avec un ratio sinistres sur primes (« S/P ») de 92,0%. La situation technique reste également détériorée sur le segment des spécialités reconnues comme particulièrement exposées au risque professionnel au sens de l'article L. 4135-1 du code de la santé publique, notamment en Anesthésie-Réanimation (AR) et en Chirurgie (CH). La sinistralité sur l'assurance des producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé est faible (S/P compris entre 3% et 30%). Par ailleurs, le contexte inflationniste pourrait peser sur les charges sinistres, a fortiori lors de leur évaluation à l'ultime, sur un risque au développement long. En tout état de cause, le marché de la RCM est caractérisé par une situation technique tendue : les ratios des sinistres sur primes à l'ouverture, illustrant le niveau de sinistralité a priori, oscillent entre 85% et 110% depuis plusieurs années sans prise en compte de la réassurance. En outre, avec des frais évalués entre 25 % et 35 % des primes, les ratios des sinistres et frais sur les primes qualifiés de « ratios combinés » seraient supérieurs à 100 %. En sus des niveaux élevés de sinistralité affichés, l'étude menée tend à montrer que les assureurs RCM n'appliquent plus autant de prudence qu'historiquement dans leur provisionnement. En effet, compte tenu de la durée élevée des engagements couverts et de la fréquence d'occurrence, particulièrement faible durant les premières années suivant la souscription, cet élément de prudence dans le provisionnement se manifestait par une revue à la baisse des provisions techniques dotées à l'ouverture. Ce déroulé n'est désormais plus observé. En tout état de cause, la situation technique brut de réassurance du marché est donc précaire. À noter que les effets de la réassurance ne sont pas pris en compte dans le cadre de cette étude transversale. Il convient de préciser qu'elle joue un rôle important dans l'assurabilité du risque RCM, en permettant d'atténuer les risques extrêmes couverts par les assureurs.

Enfin, la remontée des taux d'intérêts avait permis aux acteurs du marché de la RCM d'améliorer leur situation de solvabilité compte tenu des engagements de long terme portés à leur passif, cet effet a toutefois été réduit par la baisse des taux observée en 2023. Le contexte inflationniste a également eu un impact significatif sur le marché, revoyant à la hausse la charge des sinistres et permettant une hausse des primes moyennes principalement menée par les acteurs majeurs du marché après des années de baisses consécutives.

L'étude s'intéresse en particulier à l'évolution de l'activité d'assurance de la responsabilité civile médicale en France et de la sinistralité afférente.

SOMMAIRE

1. La responsabilité civile médicale dans le paysage de l'assurance non-vie en France.....	5
1.1. Structure des activités du marché de l'assurance non-vie en France	5
2. Structure de l'activité des sociétés pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale en France 6	
Pour les sociétés dont le siège social est en France	6
Pour les sociétés pratiquant la RCM en exerçant en LPS ou en LE en France	7
3. Structure de l'activité des sociétés pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale en France 8	
2. Analyse des tendances de marché	9
La prudence du provisionnement semble s'éroder tant au global que pour les sinistres graves	10
1.1 Sinistralité totale	10
1.2 Sinistres graves	11
Le ratio « S/P » est en légère hausse pour l'année de rattachement 2023	13
La comparaison des informations reçues par l'ACPR dans le cadre des études RCM de 2008 à 2023 tend vers une stabilisation de la situation technique à des niveaux élevés.....	14
Un équilibre technique précaire	15
3. Analyses détaillées.....	16
A. Analyse de l'activité hors spécialités à risque	16
B. Les spécialités à risque	17
C. La responsabilité civile « produits »	18
4. Éléments d'analyse relatifs au contexte pandémique et à l'inflation.....	19
Annexe	20
A. Spécificité réglementaires du marché de la RCM	20
B. Spécificité réglementaires du régime en base réclamation	22
C. Conséquences de l'entrée en application de Solvabilité II.....	23
D. Article de loi mentionnés dans le texte.....	24

1. La responsabilité civile médicale dans le paysage de l'assurance non-vie en France

Les données de ce rapport concernent l'ensemble des sociétés ayant une activité en assurance de RCM supérieure à 1 M€ de primes (y compris les sociétés exerçant en LPS ou en LE). L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution a ainsi recensé 18 sociétés ayant une activité en assurance de RCM à intégrer dans l'étude, auxquelles s'ajoutent 3 structures spécialisées sur le marché de l'assurance de produits médicaux (RC produits). Parmi ces 21 entités, 10 ont leur siège social en France. Les sociétés étrangères sont principalement allemandes, britanniques ou irlandaises. Le périmètre de cette étude n'a pas évolué par rapport à l'exercice 2022.

Afin de minorer les distorsions de périmètre induites par des spécificités de portefeuille, les données 2023 de plusieurs organismes étrangers ont été extrapolées⁹ sous des hypothèses de liquidation des provisions raisonnables (cadences de règlements extrapolées pour correspondre au montant à l'ultime prévu par l'organisme) et intégrées à l'étude. Des changements de méthodologie ont été réalisés par les organismes afin d'améliorer la qualité des données de l'étude. Cependant, ils entraînent des différences de montants entre les rapports précédents et le rapport de cet exercice pour les chiffres correspondant à des années de rattachement antérieures.

1. Structure des activités du marché de l'assurance non-vie en France

Au sein de l'assurance de responsabilité civile générale, l'activité de RCM des sociétés déclarant des primes au titre de l'exercice 2023 ne représente que 0,39% de l'ensemble du marché. La Figure 1 présente la répartition des activités des 158 sociétés françaises régies par le Code des Assurances ayant réalisé un chiffre d'affaires non-vie en 2023.

⁹ Les provisions de cet organisme ont été extrapolées en utilisant des cadences de paiements obtenues par une méthode de type *Chain Ladder*

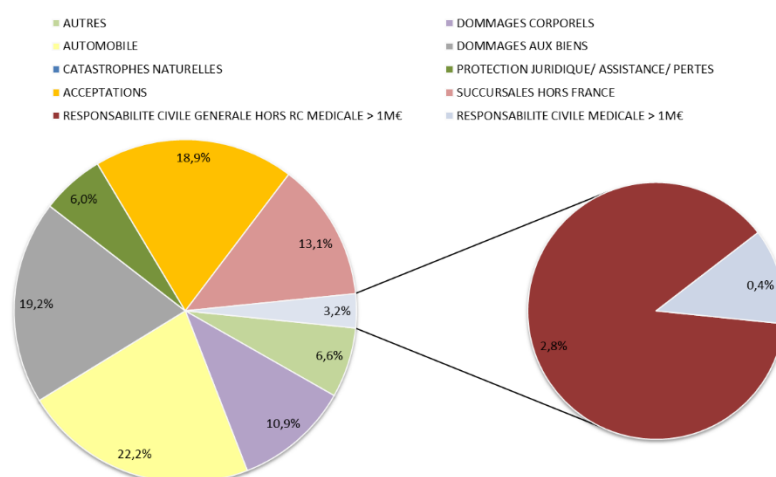


Figure 1. Marché de l'assurance non-vie en 2023¹⁰

2. Structure de l'activité des sociétés pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale en France

Pour les sociétés dont le siège social est en France

L'activité des 10 sociétés entrant dans le cadre de l'étude et dont le siège est en France fait apparaître une diversification entre les risques au niveau global.

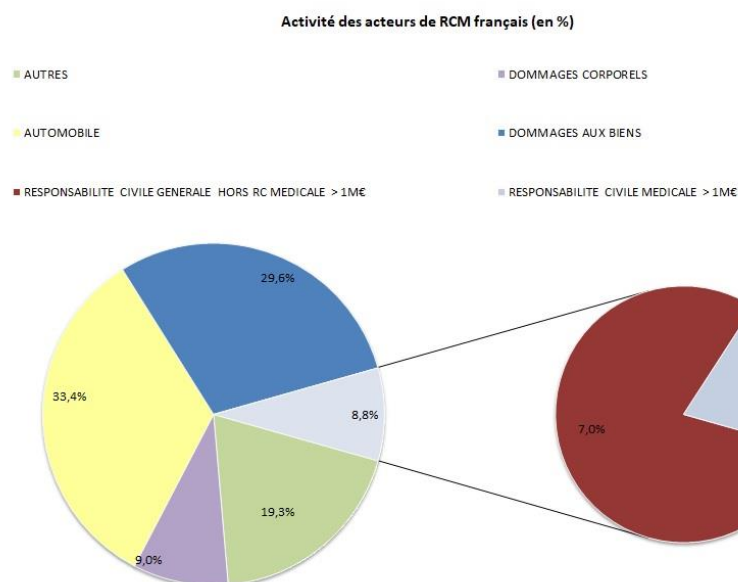


Figure 2. Activité des 10 acteurs français en assurance de RCM en 2023¹¹

¹⁰ Données obtenues à partir des états remis par l'ensemble des organismes non-vie et les remises spécifiques à la RCM (états FR21)

¹¹ La catégorie « Autres » comprend la protection juridique, les catastrophes naturelles, l'assurance de transport hors auto, la construction, le crédit-caution, la LPS depuis la France, l'activité des succursales à l'étranger et les acceptations de réassurance.

Cependant, les acteurs français poursuivent des stratégies d'activités différentes :

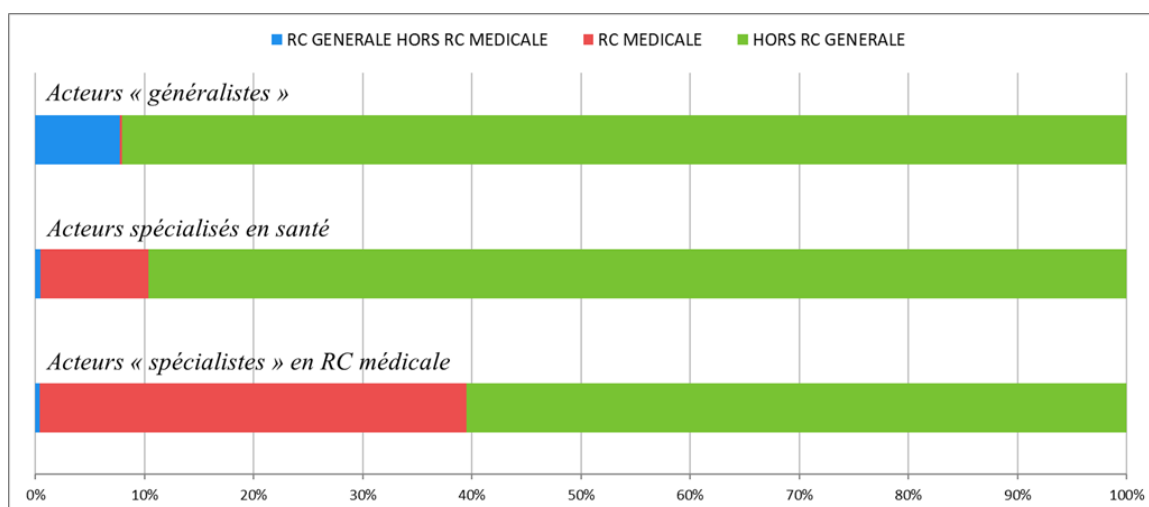


Figure 3. Répartition du chiffre d'affaires des acteurs français en 2023

Cette étude distingue trois types d'acteurs sur le marché de la RCM.

Les acteurs dits « généralistes » : ils offrent de nombreux types de contrats d'assurance et leur portefeuille en assurance de RCM représente moins de 1% de leur chiffre d'affaires.

Les acteurs spécialisés dans l'assurance dédiée au secteur de la santé/prévoyance. L'activité RCM participe à leur offre produit dédiée. Elle représente environ 10% de leurs primes, en baisse (-10%) en 2023. Toutefois, cette variation est principalement due à un changement de catégorie de l'un des acteurs.

Les acteurs dits « spécialistes » de la RCM : ils effectuent plus de 32% de leur chiffre d'affaires sur cette activité. Cette proportion apparaît en hausse sensible (+7%) en 2023, après plusieurs années de baisse consécutive.

Pour les sociétés pratiquant la RCM en exerçant en LPS ou en LE en France

Onze sociétés étrangères, principalement britanniques et allemandes, ont été identifiées¹² par l'ACPR comme ayant ou ayant eu une activité suffisamment significative pour faire partie de l'étude. Les sociétés étrangères exerçant en LPS ou en LE en France représentent en 2023 29% du marché global de l'assurance de RCM, et plus de 36% du marché des spécialités dites à risque, détaillées à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique, qui font l'objet d'une étude spécifique (cf. 3.2 « Les spécialités à risque »).

Les cinq sociétés étrangères spécialisées en assurance de RC produits opèrent à travers des succursales établies en France. Ces cinq sociétés représentent l'intégralité des données collectées des organismes spécialisés sur le secteur.

Les onze acteurs étrangers exerçant en France sont des acteurs spécialisés dans l'assurance des entreprises comme le montre la part importante de leur activité en RC générale (voir Figure 4). Au global, la part de RCM en France dans leur activité totale est négligeable (0,06% en moyenne) ; par conséquent, ils traitent la RCM française comme leurs autres activités de RC. Entrer ou sortir de ce

Les données sont également obtenues à partir des états remis par l'ensemble des organismes non-vie et les remises spécifiques à la RCM (états FR21)

¹² Comme indiqué précédemment, les organismes étrangers sont identifiés par l'ACPR lorsqu'une demande de LPS est effectué sur la branche RC. Aucun nouvel organisme supplémentaire n'a été identifié cette année.

marché a peu d'impact sur les sociétés étrangères mais peut avoir un impact matériel sur le marché français de la RCM.

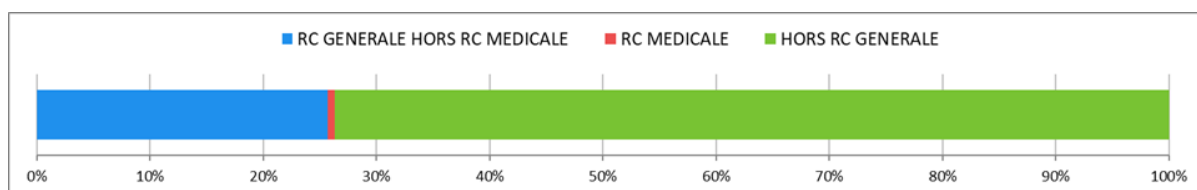


Figure 4. Répartition de l'activité des acteurs étrangers en 2023¹³

3. Structure de l'activité des sociétés pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale en France

Le montant total des primes émises au titre de l'activité en assurance de RCM des 21 portefeuilles concernés augmente légèrement en 2023 (627M€ contre 594M€ en 2022). La concentration du marché se renforce, les 4 premières concentrent 80% des primes, soit 503 M€ (cf. Figure 5).

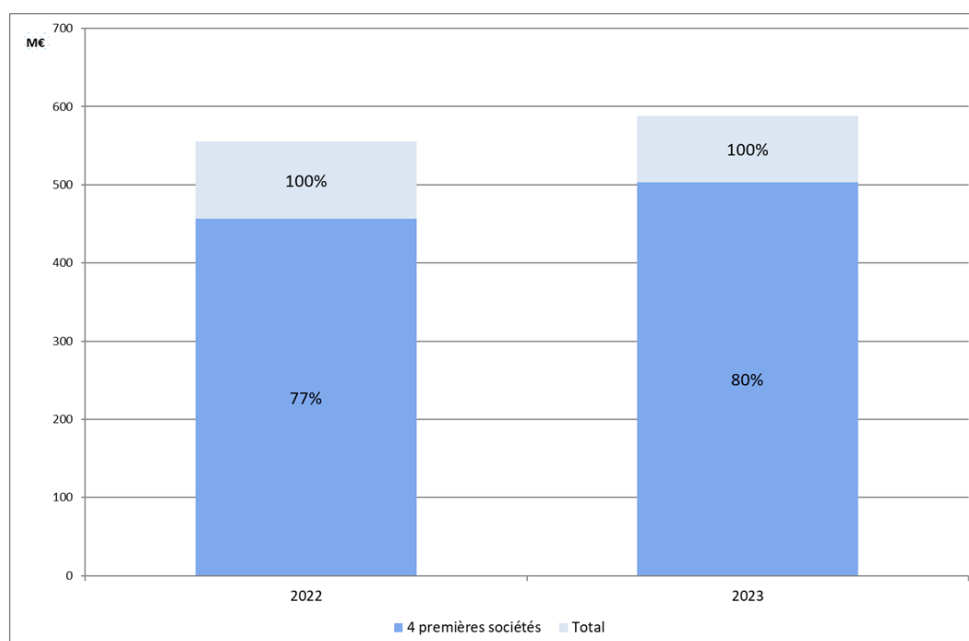


Figure 5. Évolution de la concentration des primes en assurance de RCM en 2023

¹³ Données obtenues à partir des remises spécifiques à la RCM (états FR21) et du SFCR des organismes étrangers

2. Analyse des tendances de marché

1. Les primes émises en responsabilité civile médicale et produit des acteurs de la responsabilité civile médicale continuent de croître

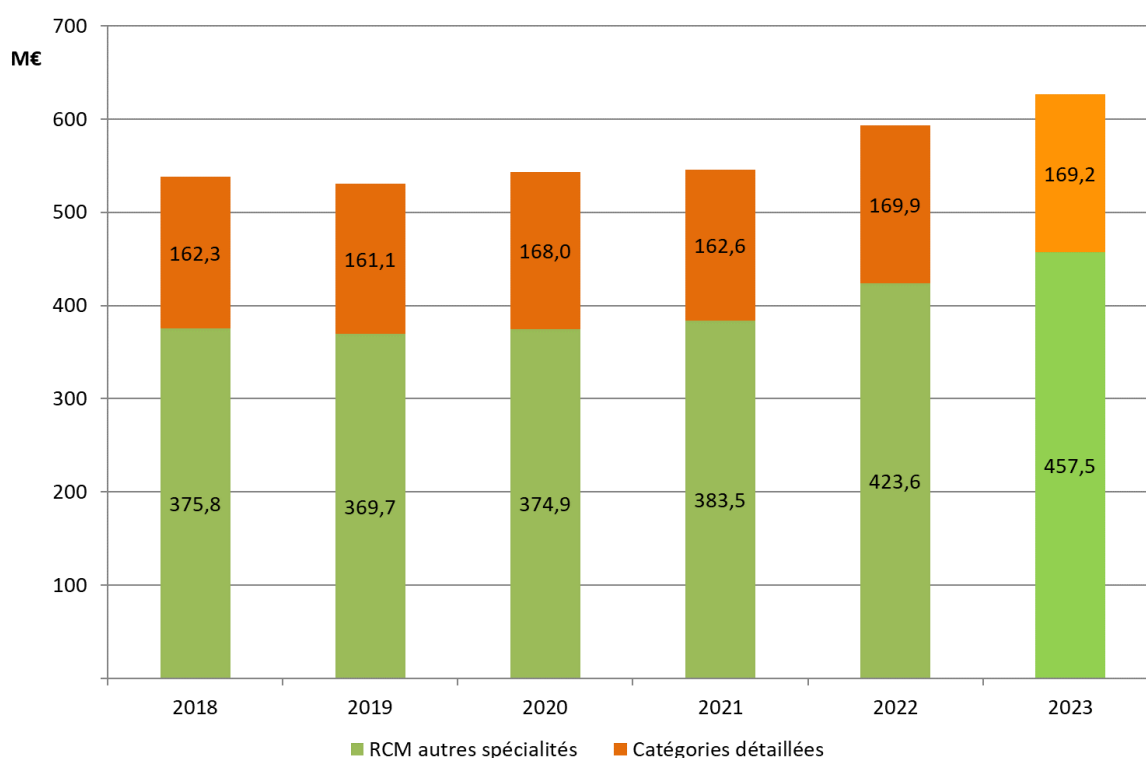


Figure 6. Primes émises en assurance de RCM en 2023

Le montant des primes émises toutes catégories confondues augmente (626,7 M€ en 2023 et 593,5 M€ en 2022), renforçant ainsi une tendance amorcée les années précédentes. Le nombre de contrats déclarés a augmenté de 3,1% entre la fin de l'exercice 2022 et la fin de l'exercice 2023.

La prime moyenne par contrat augmente légèrement (+2,5%) par rapport à 2022, ce qui est en rupture avec la tendance constatée avant 2022 (baisse de -5% en moyenne) mais reste inférieur à la hausse observée en 2022 (+6,4%) en raison notamment du contexte inflationniste. De plus, la hausse de la prime moyenne par contrat pour les sociétés françaises (+6,2%) reste toujours significative tandis que les sociétés étrangères enregistrent en moyenne une baisse significative (-6,0%). Ainsi, s'il reste difficile de dégager une tendance globale sur la base de cet indicateur, la hausse des primes moyennes est portée principalement par les acteurs majeurs de la RCM confirmant la tendance entamée en 2022.

La prudence du provisionnement semble s'éroder tant au global que pour les sinistres graves¹⁴

Les résultats présentés à partir de cette section portent sur la sinistralité de l'activité RCM. Afin de réduire au maximum les distorsions de périmètre, liées à la mise en gestion extinctive de quelques acteurs, il est procédé à une extrapolation¹⁵ des sinistres tant en nombre qu'en montants.

En outre, l'analyse de la sinistralité RCM, risque long par nature, est rendue difficile par la nature des données disponibles. En effet, les 6 années d'historique utilisées pour ce rapport ne couvrent pas une période assez longue pour permettre de conclure définitivement.

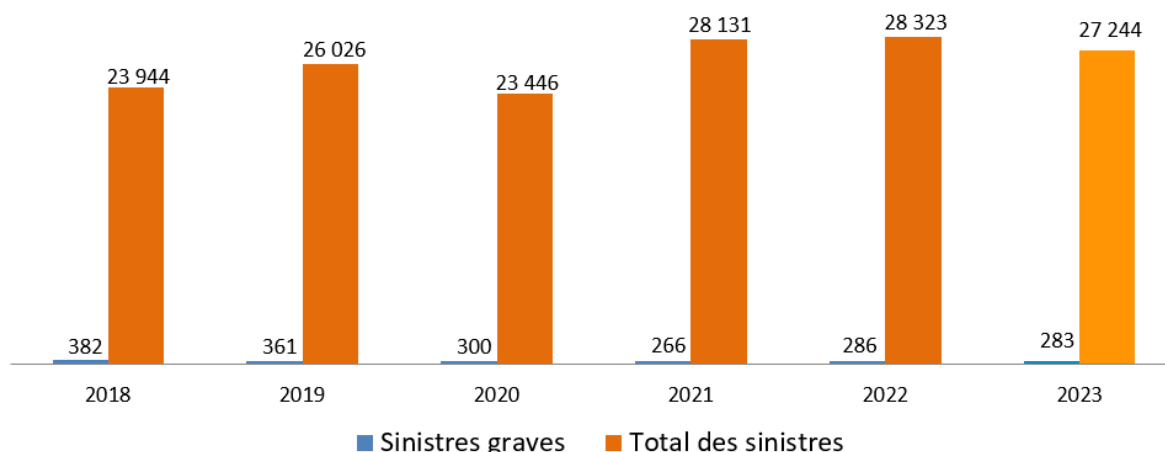


Figure 7. Nombre de sinistres par année de rattachement

1.1 Sinistralité totale

Le nombre total de sinistres rattachés à l'exercice 2023 diminue légèrement (-3,8%) par rapport au nombre de sinistres rattachés à l'exercice 2022. L'exercice 2023 marque la fin de la tendance haussière de 2020 à 2022, qui avait été marqué par un rattrapage lié au ralentissement de l'activité hospitalière durant la crise Covid-19, de nombreuses interventions (notamment chirurgicales) ayant été déprogrammées. La charge sinistre totale 2023 est également anticipée en hausse de 12% par rapport à celle de l'exercice 2022, estimée à fin 2023.

Ce constat s'explique d'une part par le contexte inflationniste mais également par une politique de sur-provisionnement pratiquée par les organismes à l'ouverture, la charge à l'ultime étant réévaluée à la baisse l'année suivante et ce malgré la baisse de la charge sinistre rattachée aux exercices qui ont suivi le COVID vu à fin 2023. En effet cette dernière, vue par les organismes à fin 2023, se portait à 946 M€, contre 994 M€ vue fin 2022.

Plus généralement, les organismes ont eu tendance à dégager des bonis sur les sinistres les plus anciens, ce qui traduit un provisionnement prudent. Il semble toutefois que cette prudence se soit atténuée sur les exercices de rattachement les plus récents (2014 à 2018 sur la Figure 8).

¹⁴ C'est-à-dire présentant une charge nette de recours supérieure à 200k€. Ce seuil est défini dans les remises annuelles des organismes.

¹⁵ Celle-ci s'appuie sur les flux passés de sinistres renseignés par l'organisme lors des exercices précédents et les projette à l'aide de la méthode statistique *chain ladder*.

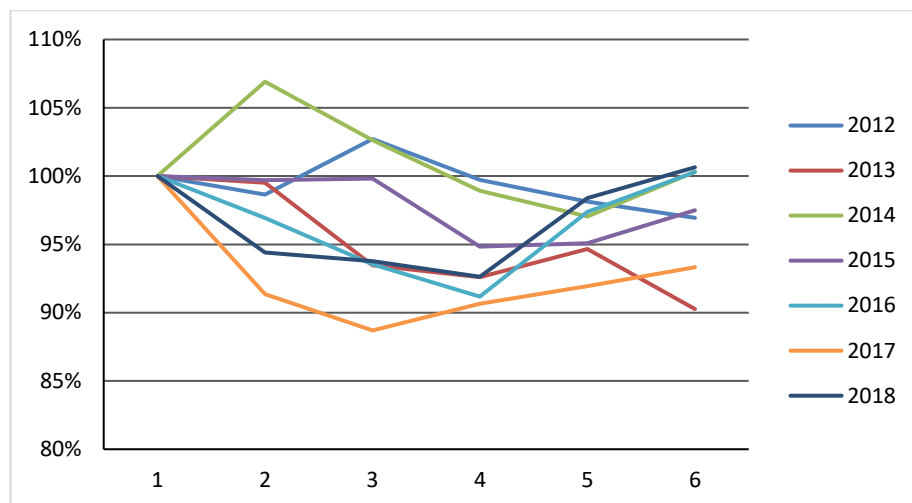


Figure 8. Évolution de charge sinistre totale en pourcentage de la charge à l'ouverture, par année de rattachement

1.2 Sinistres graves

Le nombre de sinistres graves (correspondant à des sinistres dont la charge à l'ultime est estimée supérieure à 200k€, un sinistre peut donc devenir grave au cours de son développement et inversement) est en hausse entre 2022 et 2023, passant de 256 à 283. La charge sinistre totale des graves est également en hausse : 62,5 M€ en 2023 vu en 2023 contre 60,3 M€ pour 2022 vu en 2022, avec une baisse du coût moyen des sinistres graves. Les sinistres graves représentent comme pour l'exercice 2022 seulement 1% des sinistres, mais comptent pour 10% de la charge totale.

D'année en année, du fait de la forte volatilité du montant d'un sinistre grave, les organismes ont plutôt tendance à en revoir le nombre à la baisse, à mesure que se précise la charge réelle de chaque sinistre. Cependant, ceci n'est plus observé sur les 3 derniers développements avec une augmentation importante du nombre de sinistres, cette évolution récente en phase avec la baisse du niveau de prudence qui semble se dessiner est renforcé par le contexte inflationniste qui pousse à la hausse le nombre de graves. Certains sinistres passent ainsi au-dessus du seuil des 200 k€ d'une année à l'autre et sont comptabilisés comme graves.

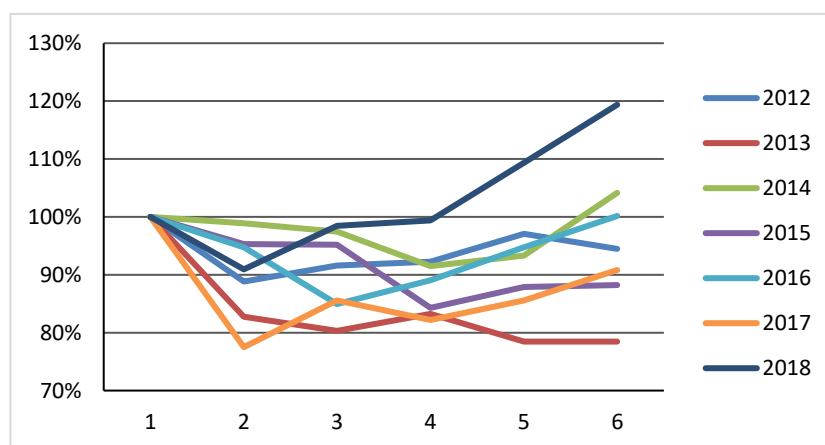


Figure 9. Évolution du nombre de sinistres graves en pourcentage du nombre à l'ouverture, par année de rattachement

En revanche, pour les sinistres qui restent bien dans le périmètre des sinistres graves, leur charge ultime est souvent sous-estimée dans un premier temps par les organismes, notamment en raison de provisionnements forfaitaires à l'ouverture : la *Figure 10* montre la tendance à la hausse de la charge ultime des sinistres graves, à mesure que se précise la charge réelle, d'année en année. En sus, la *Figure 10* montre que pour les sinistres graves, même 6 années de recul semblent ne pas toujours suffire à atteindre un plateau de charge ultime pour les exercices de rattachement considérés ce qui montre un provisionnement insuffisant des graves par les acteurs du marché.

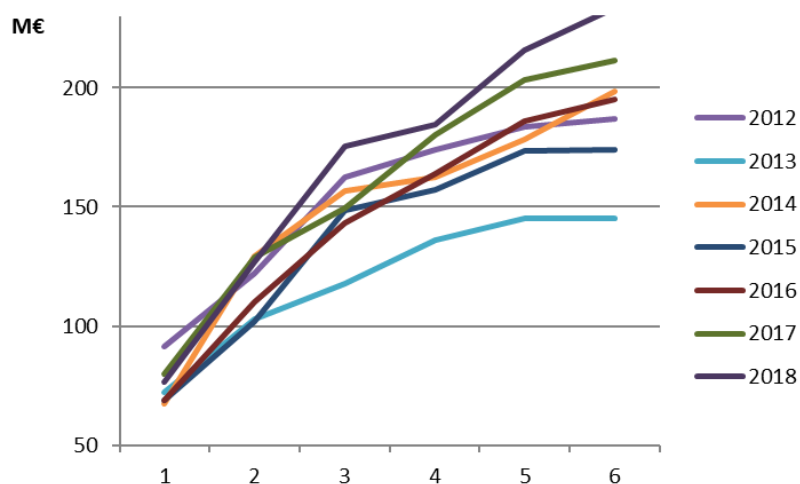


Figure 10. Évolution de la charge sinistre des graves, par année de rattachement

Le ratio « S/P ¹⁶ » est en légère hausse pour l'année de rattachement 2023

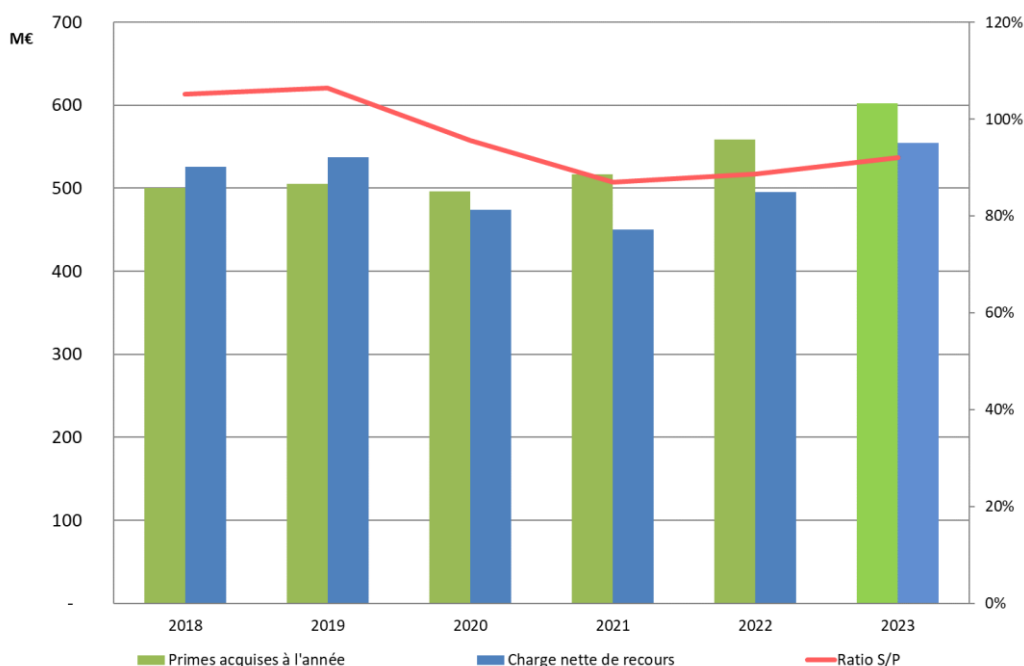


Figure 11. Ratio S/P (à droite) par année de rattachement, total RC Médicale

Les S/P reflètent la vision de l'organisme à l'ouverture de la charge ultime, majorée d'une prudence. L'analyse de la figure ci-dessus montre que la hausse anticipée de la charge des sinistres et la prudence associée sur l'exercice 2023 entraîne une très légère hausse du ratio S/P 2023 qui s'établit à 92%.

Cette hausse du ratio de 2023 doit être prise avec prudence car elle est basée sur deux années d'observation alors que l'historique plus long sur les années précédentes permet aux organismes de préciser l'évaluation de leur charge sinistre. Par exemple, le S/P de l'année de rattachement 2022 se portait l'an dernier à 92,8% (supérieur au S/P 2023), mais se liquide favorablement à 88,7%, vu à fin 2023 (cf. Figure 11).

¹⁶ Le ratio "sinistres sur primes" (S/P) est le rapport de la charge des sinistres nette de recours aux primes acquises.

La comparaison des informations reçues par l'ACPR dans le cadre des études RCM de 2008 à 2023¹⁷ tend vers une stabilisation de la situation technique à des niveaux élevés

L'évolution des S/P calculés sur la période des 6 exercices pour lesquels des données détaillées sont transmises chaque année à l'Autorité¹⁸ (« S/P cumulés 6 ans » correspondant au ratio entre la somme des charges sinistres des 6 années précédentes et la somme des primes acquises des 6 années précédentes) confirme une détérioration de la situation technique de la RCM entre 2014 et 2022 (voir figure ci-dessous). Néanmoins, la situation technique semble d'une part se stabiliser sur les derniers exercices.

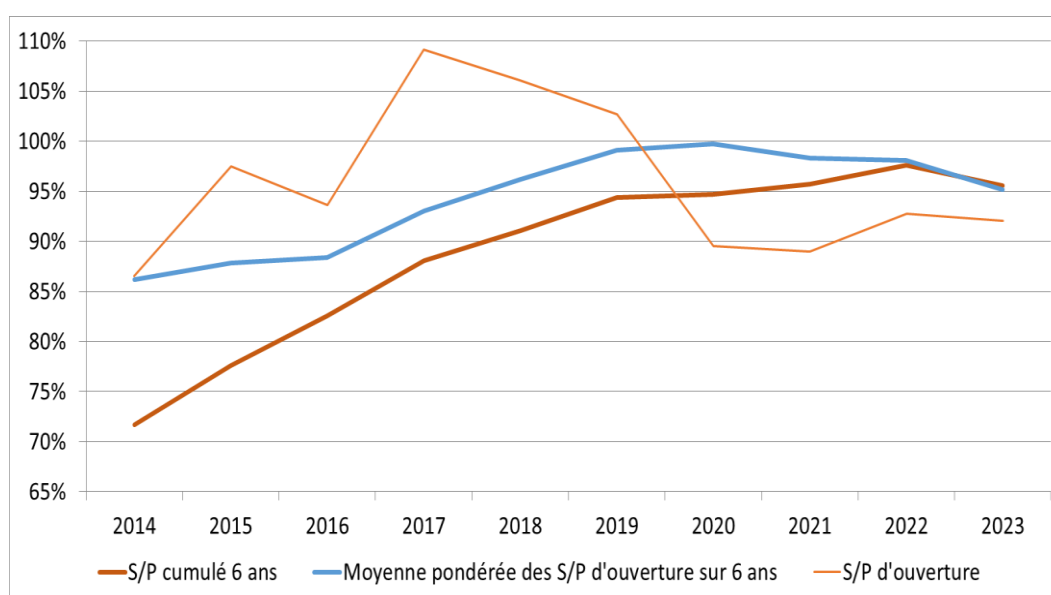


Figure 12. Ratios S/P calculés à partir des données RCM transmises entre 2008 et 2023

De plus, l'observation des S/P d'ouverture (S/P de l'année de réclamation N vu en N) montre que les assureurs ont eu tendance à comptabiliser une charge de sinistres à des niveaux de plus en plus élevés à l'ouverture relativement à la prime acquise correspondante. Ce constat s'est infléchi sur les exercices 2020 et 2021. Sur le dernier exercice, le S/P d'ouverture est en légère baisse et ne dépasse pas le S/P cumulé.

Enfin, la comparaison du « S/P cumulé 6 ans » avec le « S/P cumulé 6 ans en vision à l'ouverture »¹⁹ montre que le S/P évalué au bout de trois ans en moyenne est resté inférieur mais de plus en plus proche du S/P évalué l'année de réclamation, jusqu'en 2019. Ainsi, la marge de prudence de première année comptabilisée globalement par les assureurs RCM s'est amenuisée jusqu'à extinction.

Ces constats amènent à penser que la situation technique du marché reste précaire malgré la baisse du « S/P cumulé 6 ans » observée en 2023 ce qui nécessite de maintenir une vigilance renforcée

¹⁷ L'objectif de cette partie est de mesurer comment évoluent le S/P de la RCM ainsi que la prudence des assureurs dans l'évaluation de la charge des sinistres réalisée l'année de réclamation. Pour cela, les données utilisées sont celles des études RCM produites par l'Autorité depuis 2008.

¹⁸ Par exemple, pour l'étude 2023, le « S/P cumulé 6 ans » est égal à la somme des charges des sinistres rattachés aux années 2016 à 2023 divisé par la somme des primes acquises des mêmes années. Le « S/P cumulé 6 ans » est donc aussi égal à la moyenne des S/P des 6 exercices pour lesquels des données détaillées sont transmises chaque année, pondérée par les primes acquises.

¹⁹ Le « S/P cumulé 6 ans en vision à l'ouverture » correspond à la moyenne, sur 6 années, des S/P d'ouverture pondérée par les primes acquises.

et questionne la prudence du provisionnement pratiqué par les organismes ces dernières années. Le retour à un équilibre technique durable pourrait encore prendre plusieurs années.

Un équilibre technique précaire

Les éléments collectés tendent à prouver que la situation technique s'est d'une part dégradée ces dernières années et d'autre part le provisionnement de la RCM n'est plus aussi prudent. Ainsi, les évolutions récentes sur les charges sinistres estimées combinées avec l'évolution défavorable de la charge des graves déjà observée les années précédentes pourraient remettre en cause la suffisance du sur-provisionnement à l'ouverture, le cas échéant, la situation technique du marché pourrait être pire que ce qui est rapporté au sein du présent rapport.

3. Analyses détaillées

A. Analyse de l'activité hors spécialités à risque



Figure 13. Primes, charges et ratio S/P par année de rattachement, hors spécialités

Le marché hors spécialités à risque représente 72,2% du total de la RCM (hors RC produits). Il regroupe des profils de risque très différents allant par exemple d'un hôpital public avec une centaine de praticiens, à un kinésithérapeute exerçant en libéral. Le spectre des primes est par conséquent très étendu : selon les organismes d'assurance, la prime moyenne peut varier entre 98 € et 1 milliers d'euros.

Sur ce marché, l'activité continue sa croissance en 2023 (+8,1%), en lien avec d'une part l'augmentation de la prime moyenne (+4,9%) et d'autre part l'augmentation du nombre de contrats (+3,1%). L'augmentation de la prime moyenne observée depuis 2022 inverse le cycle de compression des primes constaté les années précédentes. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le contexte

inflationniste qui a mis fin à la forte concurrence sur les établissements de santé publics, pour lesquels le montant de prime est déterminé par appel d'offres.

Par ailleurs, la charge de sinistres croît sensiblement (+7%) par rapport à l'exercice 2022, tandis que l'augmentation du nombre de sinistres a cessé, leur nombre ayant diminué en 2023 (-4,1%). Au global, ce périmètre évolue de façon similaire mais légèrement plus importante (excepté sur la charge des sinistres) que l'ensemble du marché RCM (cf. partie 2.2 et les conclusions afférentes).

B. Les spécialités à risque

Les 4 regroupements des spécialités dites à risques prévues par l'arrêté sont :

- Gynécologie-obstétrique (GO) ;
- Anesthésie-réanimation et réanimation médicale (AR) ;
- Chirurgie (CH) ;
- Autres spécialités (AS) définies à l'article D. 4135-2 : ophtalmologie, cardiologie, stomatologie, oto-rhino-laryngologie, gastro-entérologie, pneumologie, radiologie.

Ces quatre spécialités détaillées constituent 27% de l'activité d'assurance de RCM. Le chiffre d'affaires des sociétés sur ces spécialités à risque croît de 5,9%, en lien avec la hausse du nombre de contrats (+2,8%), et de la prime moyenne (+3,4%). Par ailleurs, la charge sinistre 2023 est anticipée comme supérieure à celle de 2022 (+20%), contrairement au nombre de sinistres (-2,17%). La sinistralité des spécialités concerne quasi-exclusivement les incidents intervenus en exercice libéral de la médecine en cabinet, ou en clinique privée, et ne concerne en aucun cas les sinistres intervenus dans des établissements publics qui seront enregistrés dans l'activité générale.

En outre, l'activité des spécialités à risque est particulièrement soumise à des risques de pointe, liés à des sinistres de fréquence faible, mais de forte intensité : la charge d'une année peut être ainsi revue à la hausse d'une année sur l'autre à la suite de l'identification d'un ou plusieurs sinistres particulièrement graves.

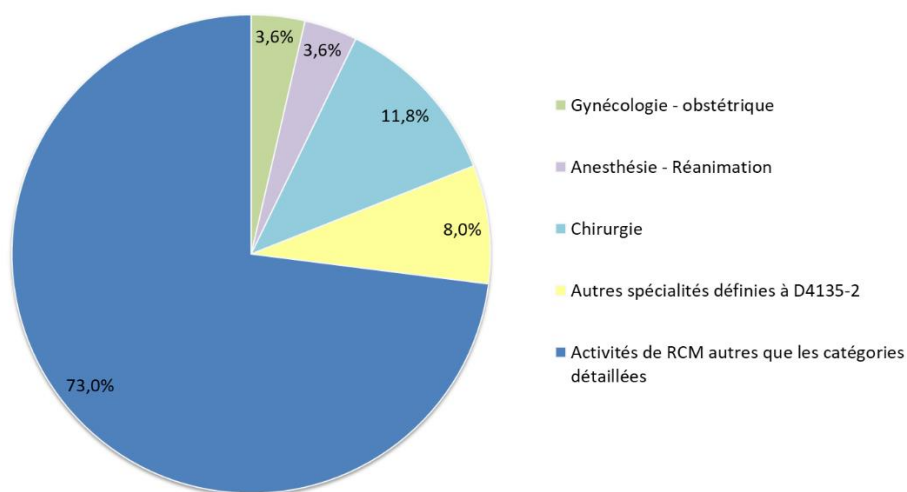


Figure 14. Répartition des spécialités sur le marché de la RC Médicale en 2023

Le marché RCM des spécialités est très concentré. Globalement, les parts de marché de chaque spécialité sont représentées à plus de 90% par quatre acteurs.

L'activité RCM en gynécologie-obstétrique est en recul depuis 2016 (-2,6% de primes acquises en 2023 par rapport à 2022). Elle est notamment caractérisée par les sinistres graves, qui entraînent une très forte volatilité dans l'évolution de la charge de sinistralité. Leur part dans la charge totale est en hausse en 2023 à 21,6% contre 16,2% en 2022, alors qu'ils ne représentent que 3,3% du nombre de sinistres stable par rapport à 2022 (3,4%).

L'activité RCM en anesthésie-réanimation est une activité qui a repris sa croissance depuis la crise du COVID-19 (+6,6% de primes acquises par rapport à 2022). La charge sinistre est très volatile d'une année de rattachement à l'autre (variation de +45% entre 2023 et 2022), notamment du fait de l'effet de sur-provisionnement. Cependant, la part des sinistres graves (5% de la charge totale en 2023, contre 11% en 2022) sur la totalité des sinistres AR a diminué, et représente 1,2% des sinistres (contre 2,3% en 2022). Sur 2023, l'activité apparaît non-rentable à l'ouverture.

L'activité RCM en chirurgie est une activité en croissance (+4,5% en 2023 par rapport à 2022), et qui se trouve à un niveau supérieur à celui pré-COVID-19. La charge sinistre est en hausse (+15,7%), principalement due à l'augmentation de la charge des sinistres graves, qui représente par rapport à la charge totale 13,7% en 2023, contre 10,9% en 2022, porté par le contexte inflationniste.

Les principaux intervenants en assurance RCM de la chirurgie sont dans des situations assez différentes, tant en terme de résultats techniques qu'en terme d'ancienneté. Néanmoins, cette activité, prise isolément, apparaîtrait majoritairement déficitaire. Cette situation est *a priori* justifiée par le fait que les assureurs adoptent généralement des approches commerciales plus globales.

L'activité RCM en autres spécialités est caractérisée par des spécialités nombreuses et peu homogènes, ce qui entraîne des difficultés pour les assureurs dans l'évaluation de la charge des sinistres, en particulier vis-à-vis de la volatilité des graves. L'activité continue sa croissance depuis 2018 (+11,8% en primes acquises par rapport à 2022). La part des sinistres graves dans la charge totale est de 3% en nette diminution par rapport à 2022 (20%) et 2021 (7%) et ne représente que 1% des sinistres. Le marché AS est globalement stable, et n'a pas subi d'évolution sensible en 2023.

C. La responsabilité civile « produits »

Avec un chiffre d'affaires de l'ordre de 32 M€ en 2023, la couverture des garanties de responsabilité des producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé est assurée en France pour sa quasi-intégralité par des acteurs étrangers.

Le nombre de contrats concernés est très faible (172 au total à fin 2023) mais la prime moyenne par contrat est élevée (151 k€ en moyenne en 2023), avec de fortes disparités suivant les cinq acteurs concernés (de 36 à 718 k€ en 2023). L'activité est souvent concentrée sur quelques dizaines de polices qui couvrent l'activité du client dans sa globalité. Au vu de l'ampleur des capitaux sous risque, certains acteurs de la santé choisissent de conserver une partie importante du risque et de ne s'assurer qu'au-delà d'un montant élevé. En 2023, aucun acteur n'a significativement redressé ses tarifs.

Les acteurs de ce secteur ne provisionnent aucune garantie subséquente²⁰. Certains indiquent que leurs relations commerciales avec les producteurs sont stables et affectent les sinistres aux contrats courants. Sur la base des données collectées, la sinistralité est faible, faisant de la couverture des produits une activité lucrative : de 5% à 30% en moyenne pour le ratio S/P. Si l'apparition de sinistres graves reste peu fréquente (3 sinistres graves par an en moyenne sur les 6 derniers exercices), certains graves peuvent occasionnellement affecter significativement la rentabilité d'une année sans que cela constitue une alerte puisque ces derniers sont liés à la nature du risque.

²⁰ Cf. Annexe B.

4. Éléments d'analyse relatifs au contexte pandémique et à l'inflation

L'année 2020 a vu la chaîne de soins fortement perturbée par la crise du Covid-19, en particulier durant la première vague pandémique. De manière conjoncturelle, cette situation a pu entraîner une baisse générale de la sinistralité RCM (diminution des consultations, fermeture des cabinets lors du premier confinement, déprogrammations d'interventions chirurgicales), constatée dans le rapport RCM 2020 avec une diminution sensible du nombre de sinistres enregistrés sur l'exercice et de la charge totale afférente.

A posteriori, l'analyse des exercices de rattachement 2021 à 2023 laisse apparaître une légère augmentation du nombre de sinistres par rapport aux exercices précédents (*cf.* Figure 7 en partie 2.2). En outre, on constate une stabilisation de la charge sinistre 2020 (hausse <1%) qui fait suite à une baisse de 3% en 2022 et une hausse de 10% en 2021, la tendance se dessinant confirme le caractère atypique de l'année 2020.

Par ailleurs, la sinistralité des exercices 2021 à 2023 tranche avec le constat de 2020 et retrouve une tendance haussière (*cf.* Figure 7 en partie 2.2), tant en nombre qu'en montant, avec un renforcement de ce phénomène substantielle pour les exercices 2022 et 2023 accompagné d'une hausse tarifaire. Dans ce contexte, il est difficile de discerner à ce stade un éventuel « effet rattrapage » de certaines activités médicales réduites en 2020, l'impact de l'inflation et *in fine* la sinistralité afférente.

Globalement, la charge sinistre sur les années de rattachements précédentes est en baisse vu fin 2023 à partir de 2020 et en hausse pour les exercices précédents 2020. La charge sinistre totale 2023 est également anticipée en hausse de 6,9% par rapport à celle de l'exercice 2022, estimée à fin 2022 ce qui pourrait être interprété comme un effet direct du contexte inflationniste d'autant plus que la prime moyenne a augmenté de 4,4%, en baisse par rapport à l'exercice 2022 mais néanmoins inédit pour ce marché traditionnellement très concurrentiel. En outre, les principaux organismes français spécialistes de la RCM prennent en compte dans leurs projections ORSA des niveaux d'inflation autour de 2-3% sur les exercices 2024 et 2025 avec un retour à 2% à l'horizon de projection.

Annexe

A. Spécificité règlementaires du marché de la RCM

- L'obligation d'assurance en responsabilité civile médicale figure dans le code de la santé publique et dans le code des assurances.

L'article L. 1142-2 du code de la santé publique et l'article L. 251-1 du code des assurances instaurent, notamment pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral et pour les établissements de santé publics et privés²¹, l'obligation de souscrire à une assurance couvrant leur responsabilité civile ou administrative, en raison de dommages ou préjudices occasionnés à des tiers dans le cadre de leur activité.

Les dispositions de ces articles rappellent également que les exploitants, producteurs, distributeurs de produits de santé, à l'état de produits finis, sont tenus de s'assurer au titre de leurs activités professionnelles (RC Produits).

Le Bureau Central de Tarification (BCT) est un organisme paritaire composé des représentants des sociétés d'assurance et des représentants d'assujettis à l'obligation d'assurance. Il a pour rôle exclusif de décider à quelles conditions un assureur choisi par l'assuré, mais qui lui a opposé un refus, peut être contraint à le garantir (articles L. 252-1, L. 252-2 et R. 250-1 et suivants du code des assurances). Depuis 2002, les missions du BCT ont été élargies à la RCM et à la RC Produits : elles permettent désormais aux professionnels de santé, et plus marginalement aux établissements de santé²², confrontés aux refus d'au moins deux assureurs, d'obtenir une couverture assurantielle.

- La solidarité nationale peut être employée pour indemniser les dommages occasionnés par un accident médical.

L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (**ONIAM**) est un établissement public créé par la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner ». Sa mission, rappelée à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique, consiste principalement à organiser le dispositif d'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux fautifs (en cas de défaillance de l'assurance) et non fautifs, sans passer par une procédure en justice.

Le dispositif de règlement amiable des litiges représente, pour les victimes, une possibilité supplémentaire d'obtenir une indemnisation. Il ne se substitue ni à l'action du juge, ni à la possibilité de

²¹ Une dérogation peut cependant être adoptée par arrêté du ministre chargé de la santé pour les très gros établissements de santé. Ainsi, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP) s'auto-assure.

²² Extrait du rapport d'activité 2021 du BCT, p.29 : « La quasi-totalité des décisions rendues en 2022 concerne des praticiens : 72 contre 73 en 2021 et 79 en 2020. Le BCT en 2022 a rendu 1 décision concernant 1 entreprise dont l'activité porte sur l'importation et la distribution de matériels médicaux gynécologiques.

règlement amiable conduite par les assureurs. L'ONIAM se substitue cependant à l'assureur ou au praticien dans trois situations :

1. silence ou refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre ;
2. absence d'assurance du praticien ;
3. épuisement de la couverture d'assurance (fins de garanties subséquentes²³ et indemnisations supérieures aux plafonds de garantie)²⁴.

L'ONIAM peut exercer une action récursoire²⁵ contre l'assureur ou le praticien, sauf lorsque l'épuisement de la couverture est dû à la fin de la garantie subséquente de dix ans liée au décès ou à la cessation d'activité de l'assuré.

- Le fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé (**FAPDS**) prend en charge la part des indemnisations allouées aux victimes, ou à leurs ayants droits, qui dépasse le montant fixé par décret ou, s'il est supérieur, du plafond de garantie prévu par le contrat d'assurance.

La loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 a créé le FAPDS. L'ambition de la création de ce fonds est de compléter les dispositions de la loi Kouchner du 4 mars 2002 à l'origine de l'ONIAM, ainsi que celles de la loi du 30 décembre 2002, dite « loi About » (cf. Parties 2.1.2 et 2.3.1). De fait, ces dispositions, avant la création du fonds, exposaient les professionnels de santé à des risques de ruine non négligeables, en particulier en obstétrique, et à une insécurité juridique réelle en cas de plainte déposée plus de 10 ans après la cessation totale de leur activité.

Le FAPDS est financé par une contribution forfaitaire annuelle versée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral²⁶. Les conditions d'intervention du fonds sont rappelées au quatrième paragraphe de l'article L.1142-2 du code de la santé publique²⁷ et à l'article L.426-1 du code des assurances. Le FAPDS est en effet sollicité lorsque la responsabilité civile d'un professionnel de santé exerçant à titre libéral est engagée, dans les deux cas suivants :

1. le montant des indemnisations est supérieur au montant du plafond de l'assurance dont les *minima* sont rappelés à l'article R.1142-4 du code de la santé publique (8M€ par sinistre et 15M€ par année d'assurance)²⁸ ;
2. le délai de validité de la couverture d'assurance a expiré (sinistres déclarés plus de 10 ans après la résiliation du contrat garantissant l'activité libérale si la cessation de l'activité est totale).

Le premier paragraphe de l'article L.426-1 du code des assurances précise que l'indemnisation n'est effectuée qu'au profit des victimes et de leurs ayants droits et que le fonds n'a pas la possibilité d'exercer un recours contre le professionnel de santé responsable du dommage (pas de possibilité d'action récursoire).

Depuis le 1^{er} juillet 2018, conformément au II de l'article L.426-1 du code des assurances, le FAPDS est chargé d'indemniser les bénéficiaires des contrats souscrits par les professionnels de santé exerçant à titre libéral auprès d'entreprises d'assurance opérant en France pour lesquelles l'agrément a été retiré. Conformément au IV de l'article L. 426-1, le FAPDS est géré par la Caisse Centrale de Réassurance.

- Dans un contexte marqué par de nombreux scandales de santé publique (les prothèses PIP, le Mediator les prothèses de hanche Ceraver, la Dépakine, le Distilbène,...), la loi du 26 janvier 2016²⁹ a étendu l'usage des recours collectifs³⁰.

²³ Cf. Annexe B.

²⁴ Voir l'article L. 1142-15 du code de la santé publique.

²⁵ Notamment, depuis 1951 (décision Delville et Laruelle du Conseil d'État), la jurisprudence a favorisé le droit de l'administration à être remboursée des sommes versées par elle aux victimes en lui permettant d'engager une action récursoire contre ses agents lorsque ces derniers se sont rendus coupables d'une faute personnelle.

²⁶ Arrêté du 23 avril 2012 fixant la contribution des professionnels de santé au fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par eux.

²⁷ Voir l'article L. 1142-2 du code de la santé publique en annexe.

²⁸ Avant le 1^{er} janvier 2012, le montant minimal du plafond était de 3M€ par sinistre et de 10M€ par année d'assurance.

²⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

³⁰ Mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du Code de la Santé Publique.

La procédure de recours collectif est encadrée par l'article L. 1143-2 du code de la santé publique. Elle permet aux victimes de produits défectueux ou dont la dangerosité est prouvée de demander réparation, en cas de faute avérée, aux laboratoires pharmaceutiques ainsi qu'aux établissements et professionnels de santé. Ces produits sont généralement des médicaments mais peuvent également être des contraceptifs et contragestifs, des prothèses, des produits sanguins labiles³¹, des organes d'origine humaine ou animale. Les victimes ont également la possibilité d'agir pour des faits antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi (à la condition que le délai de prescription n'ait pas été dépassé).

Le 13 décembre 2016, l'Association des parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anticonvulsivant (APESAC) a déposé la première action de groupe³² en France dans le domaine de la santé contre le laboratoire Sanofi, qui commercialise la Dépakine. Ce produit, potentiellement dangereux pour les nouveau-nés, a été prescrit aux femmes enceintes à partir de 1967 et a eu des conséquences dramatiques sur la santé de plusieurs milliers d'enfants³³. Un décret paru le 7 mai 2017 au Journal Officiel précise les modalités d'instruction des demandes d'indemnisation des victimes et prévoit la création, au sein de l'ONIAM, d'un collège d'experts et d'un comité d'indemnisation spécifique.

- Le marché de la RCM ne se limite pas aux praticiens de la médecine

L'article L. 1142-2 du code de la santé publique précise que sont également tenus de s'assurer les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, tels que mentionnés à l'article L. 5311-1 du même code³⁴.

Il apparaît que de nombreux organismes d'assurance qui proposent ces garanties pensent exercer dans le cadre de l'article 1245 du code civil (couverture de la responsabilité des dommages causés par un défaut de produit). La plupart d'entre eux n'a souvent pas conscience d'être soumis aux obligations liées à la RCM³⁵. Le recensement des acteurs intervenant en RC Produits est donc particulièrement difficile.

Bien que le marché ne se limite pas aux praticiens de la médecine, les jurisprudences des tribunaux administratifs tendent à retenir la responsabilité de l'établissement de santé lors de l'utilisation d'un produit défectueux tandis que les tribunaux civils retiennent plutôt la responsabilité du fabricant du produit de santé.

B. Spécificité règlementaires du régime en base réclamation

Avant 2002, la date du fait dommageable (ou fait générateur) du sinistre était l'élément retenu par la jurisprudence de la Cour de cassation pour déterminer la période de garantie prévue au contrat d'assurance RCM. Cette date servait également à distinguer la part des engagements de chacun des assureurs en cas de litige. La loi About du 30 décembre 2002³⁶ a rendu caduc ce raisonnement, le régime en base réclamation³⁷ devenant obligatoire.

Le régime en base réclamation implique pour les assureurs la « reprise du passé inconnu ». Cela concerne par exemple les situations où un assuré résilie un contrat RCM avec un premier assureur puis souscrit un nouveau contrat avec un second assureur. Si, lors de la période de validité du nouveau contrat, une réclamation est effectuée pour un sinistre dont le fait dommageable est antérieur à la date

³¹ C'est-à-dire des produits issus de dons de sang et destinés à des patients.

³² <https://www.apesac.org/demarches/juridiques/25-action-de-groupe.html>

³³ « Entre 1967, année de la mise sur le marché du médicament en France, et 2016, de 2 150 à 4 100 enfants ayant été exposés *in utero* au valproate (le composé actif de la Dépakine) et à ses dérivés auraient été atteints d'au moins une malformation congénitale majeure, selon une estimation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et l'Assurance maladie en 2017 » (publication du 12 février 2019 sur le site de l'APESAC).

³⁴ Les produits de santé en question sont essentiellement des médicaments et des contraceptifs.

³⁵ Par exemple, la couverture de la responsabilité professionnelle des tatoueurs relève de la couverture de responsabilité médicale.

³⁶ Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, dite « loi About ». La loi About a introduit l'article L. 251-2 du code des assurances qui précise notamment le régime juridique des contrats souscrits par les professionnels et établissements de santé conformément à l'obligation d'assurance rappelée à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

³⁷ L'article L. 124-5 du code des assurances rappelle les principales différences entre les garanties déclenchées par le fait dommageable et celles déclenchées par la réclamation.

de souscription du nouveau contrat, l'élément retenu pour distinguer les engagements entre les assureurs est la date à laquelle l'assuré connaît le fait dommageable :

- si l'assuré ignorait l'existence du fait dommageable lors de la souscription du nouveau contrat, le nouvel assureur doit prendre en charge le sinistre (passé inconnu) ;
- dans le cas contraire, l'ancien assureur doit prendre en charge le sinistre (passé connu).

Du fait du régime en base réclamation, les contrats d'assurance RCM sont par ailleurs soumis au principe d'une garantie subséquente³⁸ d'au moins cinq années (portée à dix années pour les contrats souscrits par des personnes physiques, en cas de cessation d'activité professionnelle ou de décès) à compter de la date de résiliation ou d'expiration de la garantie. Dans les cas de cessation d'activité ou de décès, la garantie subséquente du dernier contrat en vigueur couvre tous les sinistres déclarés postérieurement à la date de clôture du contrat.

La provision pour garantie subséquente correspond à la somme des coûts estimés de chaque sinistre qui sera déclaré dans les prochaines années après résiliation du contrat correspondant, que le contrat soit déjà résilié au moment du calcul de la provision ou qu'il soit en cours. Par conséquent, pour cette estimation, il convient de connaître ou d'évaluer la situation de l'assuré après la résiliation, réalisée dans le passé ou supposée dans l'année à venir.

Cette provision peut donc s'avérer difficile à calculer et n'est pas clairement définie dans le code des assurances ni dans le règlement de l'Autorité des Normes Comptables³⁹, ce qui entraîne une diversité des méthodes de calcul retenues et *in fine* un risque de sous-provisionnement pour les organismes. La provision pour garantie subséquente pèse lourdement sur les engagements de l'assureur lorsqu'elle est estimée de manière prudente, et peut représenter plus de 6 mois de chiffres d'affaires RCM.

C. Conséquences de l'entrée en application de Solvabilité II

La formule standard d'exigence de capital requis a été calibrée sur des risques non-vie « standards ». Elle prend donc mal en compte les particularités liées aux risques de la RCM : développement particulièrement long (consolidation des sinistres parfois très tardive, rentes viagères sur des victimes dont la durée de vie correspond parfois à celle de la population générale...), variabilité importante du coût des sinistres graves, provisionnement des sinistres à leur date de réclamation et présence de délais subséquents pendant lesquels la garantie subsiste après la résiliation du contrat.

Le rapport sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (EIRS ou « ORSA » en anglais) exige de tester l'adéquation du profil de risque à la formule standard. Il incite donc les sociétés d'assurance à s'interroger sur l'adoption de paramètres spécifiques à la société (« USP ») ou sur le développement d'un modèle interne.

³⁸ La garantie subséquente est mentionnée à l'article L. 251-2 du code des assurances.

³⁹ Règlement N° 2015-11 du 26 novembre 2015 relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance.

D. Article de loi mentionnés dans le texte

D.1. Article L. 1142-2 du code de la santé publique

Modifié par LOI n°2013-672 du 26 juillet 2013 - art. 24 (V)

Les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 transmettent à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution instituée à l'article L. 612-1 du code monétaire et financier des données de nature comptable, prudentielle ou statistique sur ces risques.

Lorsque cette obligation de transmission n'est pas respectée, l'autorité de contrôle peut prononcer des sanctions dans les conditions prévues par l'article L. 612-39 du code monétaire et financier, à l'exception des 3°, 4°, 5°, 6° et 7°.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution procède à l'analyse de ces données, les transmet sous forme agrégée et en fait rapport aux ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. Une copie du rapport est adressée à l'observatoire des risques médicaux.

Un arrêté des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les délais applicables ainsi que la nature, la périodicité et le contenu des informations que les entreprises d'assurance sont tenues de communiquer à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

D.2. Article L. 1142-2 du code de la santé publique

Modifié par LOI n°2013-672 du 26 juillet 2013 - art. 24 (V)

Les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 transmettent à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution instituée à l'article L. 612-1 du code monétaire et financier des données de nature comptable, prudentielle ou statistique sur ces risques.

Lorsque cette obligation de transmission n'est pas respectée, l'autorité de contrôle peut prononcer des sanctions dans les conditions prévues par l'article L. 612-39 du code monétaire et financier, à l'exception des 3°, 4°, 5°, 6° et 7°.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution procède à l'analyse de ces données, les transmet sous forme agrégée et en fait rapport aux ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. Une copie du rapport est adressée à l'observatoire des risques médicaux.

Un arrêté des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les délais applicables ainsi que la nature, la périodicité et le contenu des informations que les entreprises d'assurance sont tenues de communiquer à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

D.3. Article L. 4135-1 du code de la santé publique

Créé par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 16 (V) JORF 17 août 2004

Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'article L. 1414-3-3. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à la Haute Autorité de santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables.

Un décret précise les conditions de mise en œuvre du présent article et notamment les conditions dans lesquelles la demande d'accréditation peut être réservée aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel.

D.4. Article D. 4135-2 du code de la santé publique

Créé par Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006 - art. 1 JORF 23 juillet 2006

Peuvent demander à être accrédités les médecins ou équipes médicales exerçant en établissements de santé ayant une activité d'obstétrique, d'échographie obstétricale, de réanimation, de soins intensifs ou exerçant l'une des spécialités suivantes :

- 1° Chirurgie générale ;
- 2° Neurochirurgie ;
- 3° Chirurgie urologique ;
- 4° Chirurgie orthopédique et traumatologie ;
- 5° Chirurgie infantile ;
- 6° Chirurgie de la face et du cou ;
- 7° Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, ou chirurgie maxillo-faciale ;
- 8° Chirurgie plastique reconstructrice ;
- 9° Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire ;
- 10° Chirurgie vasculaire ;
- 11° Chirurgie viscérale et digestive ;
- 12° Gynécologie-obstétrique, ou gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique ;
- 13° Anesthésie-réanimation ;
- 14° Réanimation médicale ;
- 15° Stomatologie ;
- 16° Oto-rhino-laryngologie ;
- 17° Ophtalmologie ;
- 18° Cardiologie ;
- 19° Radiologie ;
- 20° Gastro-entérologie ;
- 21° Pneumologie.

Pour les spécialités mentionnées aux 15° à 21°, seuls les médecins exerçant une activité chirurgicale ou interventionnelle peuvent demander à être accrédités.

Les médecins d'une même spécialité constituant une équipe médicale peuvent conjointement présenter une demande d'accréditation. Dans ce cas, l'accréditation est délivrée à chacun des médecins composant l'équipe médicale.

D.5. Article L. 251-2 du code des assurances

Modifié par Loi 2003-706 2003-08-01 art. 80 V, VII JORF 2 août 2003 en vigueur le 2 novembre 2003

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 dommageable ou d'un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'assuré garanties par le contrat, et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.

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.

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 dommageable est survenu dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation.

Le contrat d'assurance garantit également les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat et dans le cadre des activités garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. Ce délai ne peut être inférieur à cinq ans.

Le dernier contrat conclu, avant sa cessation d'activité professionnelle ou son décès, par un professionnel de santé mentionné à la quatrième partie du code de la santé publique exerçant à titre libéral, garantit également les sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date de résiliation ou d'expiration de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat ou antérieurement à cette période dans le cadre des activités de l'assuré garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. Ce délai ne peut être inférieur à dix ans. Cette garantie ne couvre pas les sinistres dont la première réclamation est postérieure à une éventuelle reprise d'activité. Le contrat ne peut prévoir pour cette garantie un plafond inférieur à celui de l'année précédant la fin du contrat.

Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de la souscription.

Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation, sans qu'il soit fait application des dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 121-4.

D.6. Rappels Juridiques

Base réclamation

En assurance de responsabilité, deux modalités existent quant aux effets de la garantie dans le temps :

- la garantie s'exerce quelle que soit la période pendant laquelle la réclamation est présentée, dès lors que le fait dommageable, c'est-à-dire l'évènement qui réalise le dommage (fuite, dysfonctionnement, contamination...) est survenu pendant la période de garantie (assurance en fait dommageable) ;
- la garantie ne s'exerce que si le fait dommageable se manifeste ou la réclamation est présentée pendant la durée du contrat (assurance sur base réclamation ou manifestation). Dans ce cas, il est prévu après la résiliation du contrat, un délai, le délai subséquent, pendant lequel les faits dommageables antérieurs à la résiliation qui se manifestent sont encore couverts si un nouveau contrat ne les prend pas en charge.

En assurance de responsabilité médicale, l'indemnisation des sinistres est en base réclamation depuis la loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, dite « loi About », codifiée dans les articles L. 251-2 du code des assurances et L. 1142-2 du code de la santé publique.

Ainsi, les sinistres sont généralement rattachés à l'année de leur déclaration. Toutefois, s'ils font partie du passé connu lors d'un changement d'assureur, ils sont alors rattachés à l'exercice où l'ancien assureur a eu connaissance de l'évènement.

La garantie subséquente

Les garanties subséquentes couvrent les dommages issus de réclamations qui interviennent après résiliation du contrat mais qui trouvent leur origine dans la période de garantie. D'après l'article L. 251-2 du code des assurances, le délai de la garantie subséquente ne peut être inférieur à 5 ans et à 10 ans en cas de cessation de l'activité ou du décès du professionnel de santé. Le sinistre est alors rattaché à l'année de réclamation.

La provision pour garanties subséquentes étant une provision de primes, celle-ci est consommée sur le délai de la garantie subséquente.

Liberté d'établissement et libre prestation de services

La liberté d'établissement est la faculté pour un opérateur d'un État membre de l'Espace économique européen d'offrir ses services sur le territoire d'un autre État membre à partir d'un établissement permanent (par exemple, une succursale ou une agence).

La liberté de prestation de services est la faculté pour un organisme, dont le siège social ou une succursale est situé dans un État membre de l'Espace économique européen, d'offrir ses services sur le territoire d'un autre État membre.