

N° 126

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 décembre 2017

PROPOSITION DE LOI

tendant à réformer les Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés au sein des établissements, services ou organismes de santé et de soins,

PRÉSENTÉE

Par Mme Marie-Thérèse BRUGUIÈRE, MM. Marc-Philippe DAUBRESSE, Gérard LONGUET, Jean-Marie MORISSET, Bernard FOURNIER, Jackie PIERRE, Mmes Jacky DEROMEDI, Joëlle GARRIAUD-MAYLAM, Annie DELMONT-KOROPOULIS, MM. François BONHOMME, Antoine LEFÈVRE, Mmes Frédérique GERBAUD, Brigitte LHERBIER, Claudine THOMAS, MM. Philippe BONNECARRÈRE, Olivier HENNO, Daniel CHASSEING et Mme Annick BILLON,

Sénateurs

(Envoyée à la commission des finances, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, issue de la proposition de loi dite « Fourcade », prévoyait dans son article 56 la création d'un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé libéraux.

Ces dispositions, complétées par le décret n° 2011-2030 du 29 décembre 2011, ont permis de fixer les plafonds minimum de garantie des professionnels de santé à 8 millions d'euros par sinistre et 15 millions d'euros par année d'assurance, pour tous les contrats d'assurance conclus, renouvelés, ou modifiés à compter du 1^{er} janvier 2012.

Financé par une contribution forfaitaire obligatoire variable selon les spécialités, et géré par la Caisse centrale de réassurance, ce fonds permet pour les professionnels de santé libéraux, la prise en charge des réclamations formulées à compter du 1^{er} janvier 2012, et ce, quelle que soit la date du fait générateur du dommage :

- en cas d'épuisement de la garantie ;
- en cas d'expiration de la garantie d'assurance et du délai de validité de la garantie dans le temps.

Or, à ce jour, les établissements, services ou organismes de santé ne bénéficient pas d'un tel dispositif. Pourtant, l'élargissement du fonds de garantie aurait pour effet d'assurer une double sécurité juridique et financière :

- aux établissements, services et organismes de santé, dans le cas où ils se trouveraient confrontés à des demandes d'indemnisation, y compris à caractère rétroactif ;
- aux patients susceptibles de se trouver, en cas de dommage, confrontés au risque d'insolvabilité du responsable, notamment en cas de sinistre sériel.

Ceci s'inscrit également dans un contexte nouveau, puisque les actions de groupe prévues dans la loi de modernisation de notre système de santé permettent désormais de rendre plus accessible une large démarche contentieuse des patients en cas de dommage imputable, entre autres, à un soin ou à un produit de santé. Le financement de ces demandes d'indemnisation soulève des difficultés relatives à l'équilibre ou l'application des contrats d'assurance, notamment :

- en cas d'épuisement des garanties du contrat si les capitaux souscrits sont insuffisants : aucun plafond minimum de garantie n'est fixé par la loi sauf pour les seuls professionnels libéraux.

Le coût des dommages corporels importants causés par des soins ou des produits de santé trouvent leur origine dans des dommages sériels dont les montants se cumulent dès lors que l'origine du dommage est la même (exemples : expositions non conformes à une irradiation thérapeutique, vaccin contre l'hépatite B, Mediator, diéthylstilbestrol/DES, prothèses PIP...) ;

- en cas d'expiration de la validité du contrat d'assurance ou « trous » de garantie : la prescription en matière médicale est de 10 ans après consolidation du préjudice et après majorité de l'enfant pour la spécialité d'obstétrique soit 2 ans.

La garantie subséquente prévue au titre des contrats d'assurance est de 5 ans en cas d'arrêt total ou partiel d'activité.

Un dispositif de fonds de garantie élargi à l'ensemble des acteurs de santé permettrait une mutualisation du risque qui se ferait au bénéfice d'une sécurisation tant des établissements, services et organismes de santé que des patients et victimes de dommages médicaux.

Toutefois une période de test du dispositif est prévue sur un an et permettra d'encadrer au mieux la mise en place de ce dispositif. Pendant cette période de test, les fédérations concernées seront consultées. Si le test n'est pas concluant, le dispositif sera suspendu. Cette phase de test doit rester optionnelle pour les établissements, services ou organismes en santé.

PROPOSITION DE LOI

Article unique

- ① Le titre II du livre IV du code des assurances est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :
- ② « *CHAPITRE VII*
- ③ « *Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés au sein des établissements, services ou organismes*
- ④ « Art. L 427-1. – I. – Un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés au sein d'un établissement, service ou organisme mentionné à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, lorsque ces dommages engagent leur responsabilité civile, est chargé de régler, sans possibilité d'action récursoire contre l'établissement, service ou organisme concerné, pour la part de leur montant excédant le montant minimal du plafond fixé par décret mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du même code ou, s'il est supérieur, du plafond de garantie prévu par le contrat d'assurance, les indemnisations fixées au titre de la réparation des préjudices subis par les victimes et, en cas de décès, par leurs ayants droit.
- ⑤ « Le fonds de garantie prend également en charge l'intégralité de ces indemnisations en cas d'expiration du délai de validité de la couverture d'assurance mentionné à l'article L. 251-2 du présent code. Dans ce dernier cas, l'établissement, service ou organisme doit alors au fonds remboursement d'une somme égale au montant de la franchise qui était éventuellement prévue par ledit contrat d'assurance.
- ⑥ « Des conventions peuvent être conclues à cet effet par le fonds avec les entreprises d'assurance concernées et l'office institué à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique.
- ⑦ « La gestion comptable, financière et administrative du fonds est assurée par la Caisse centrale de réassurance, mentionnée au chapitre I^{er} du titre III du présent livre, dans un compte distinct de ceux retraçant les autres opérations qu'elle effectue. Les frais qu'elle expose pour cette gestion sont imputés sur le fonds.

- ⑧ « II. – Une contribution forfaitaire annuelle à la charge des établissements, services ou organismes mentionnés au I couvre l'intégralité des charges résultant, pour le fonds, du même I. Son montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'économie. Ce montant peut être modulé en fonction des activités exercées dans l'établissement, service ou organisme concerné.
- ⑨ « Cette contribution est perçue par les organismes d'assurance et reversée au fonds dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑩ « Elle est recouvrée suivant les mêmes règles, sous les mêmes garanties et les mêmes sanctions que la taxe sur les conventions d'assurance prévue aux articles 991 à 1004 du code général des impôts.
- ⑪ « III. – Les transactions conclues par les organismes d'assurance auxquelles le fonds n'est pas partie ne lui sont pas opposables.
- ⑫ « IV. – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article et prévoit une période d'un an de test avant sa mise en place. Les fédérations représentant les secteurs concernés sont associées à l'évaluation de la période de test. Si les résultats de la période de test ne sont pas concluants, l'application de ce dispositif est suspendue.
- ⑬ « V. – L'adhésion à ce fonds et la contribution forfaitaire annuelle qu'il entrainerait, sont optionnelles pendant la période de test. Les établissements, services ou organismes en santé ont toute latitude pour y adhérer ou non pendant cette période. »