



n°158 - 2024

Analyses et synthèses

Rapport sur les données relatives à l'assurance de responsabilité civile médicale – Exercice 2022



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. 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 2022 communiquées par les entreprises d'assurance⁵. 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 2022, 21 entreprises d'assurance (une de moins par rapport à 2021) ont transmis des données et ont été prises en compte dans les analyses : 19 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 loi⁶. En sus, 3 sociétés sous le seuil de 1 M€ de primes ont arrêté de transmettre leurs données, comme la loi les y autorise ; celle ayant cessé de transmettre cette année a donc été extrapolée⁷ 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 est à mettre en regard des 580 entreprises d'assurance ou succursales autorisées à souscrire en France des contrats en responsabilité civile générale en 2022 : 108 sociétés dont le siège est en France, 34 succursales d'entreprises de l'EEE installés en France en liberté d'établissement (LE), 295 établissements étrangers et 143 succursales de l'EEE ayant l'autorisation d'exercer en libre prestation de service (LPS).

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 publique⁸ :

- Gynécologie-obstétrique (spécialité 12 définie à l'article D. 4135-2⁹) ;
- Anesthésie-réanimation et réanimation médicale (spécialités 13 et 14) ;
- Chirurgie (spécialités 1 à 11) ;

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

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

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 Les données reçues sont présentées de manière agrégée dans les tableaux des annexes A à F.

⁶ Celle-ci est en *run off* sur l'activité RCM.

⁷ L'organisme étant en *run off*, les données ont été extrapolées en utilisant une méthode de type *Chain Ladder*.

⁸ Détail de l'article L. 4135-1 du code de la santé publique en annexe 1.6.J.3.

⁹ Détail de l'article D. 4135-2 du code de la santé publique en annexe 1.6.J.4.

- Ophtalmologie, cardiologie, stomatologie, oto-rhino-laryngologie, gastro-entérologie, pneumologie, radiologie, réunies dans les « Autres spécialités » à l'article D. 4135-2.

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.

SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Le secteur est très concentré autour de 5 acteurs représentant 83% de l'activité. 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 en 2021, les primes émises sont en hausse sensible en 2022 : 593,5 M€ contre 546,0 M€ en 2021 (+9%). Cette hausse est aussi bien observée sur la responsabilité civile médicale des praticiens et des établissements de soins (de 515,7 M€ en 2021 à 558,4 M€ en 2022), que sur celle des producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé (de 30,9 M€ en 2021 à 35,1 M€ en 2022).

La sinistralité de l'exercice 2022 demeure élevée, avec un ratio sinistres sur primes (« S/P ») de 92,8%, qui combiné à un niveau de frais toujours élevé compromet la rentabilité technique brute globale du secteur. 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 Gynécologie-Obstétrique (GO), en Anesthésie-Réanimation (AR). 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. La RC Produits ne représente que 6% du chiffre d'affaires du périmètre de l'étude, et s'avère très profitable sur le périmètre observable, bien que l'exhaustivité de ce dernier soit sujette à caution du fait de la moindre qualité des données sur ce segment.

Les frais généraux sont évalués, comme les années précédentes, à un niveau élevé, de l'ordre de 31% des primes acquises. Ce niveau peut toutefois recouvrir des réalités très différentes, puisque les acteurs généralistes couvrant la RCM font généralement appel à des courtiers proposant une offre globale portant notamment sur la souscription d'autres types de risques, alors que les acteurs spécialistes souscrivent essentiellement en direct, compte tenu de leur expertise en matière de RCM. Au global, cela contribue fortement au déséquilibre technique (avant réassurance) de la responsabilité civile médicale des praticiens et des établissements de soins.

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 90% 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 » sont largement supérieurs à 100 %. Cette situation s'explique par le fait que les assureurs RCM appliquent beaucoup de prudence dans leur provisionnement technique, 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

peut se manifester, à court, moyen ou long terme par une revue à la baisse des provisions techniques dotées à l'ouverture, mais l'étude menée montre que cet effet semble s'amenuiser ou se présenter moins rapidement et/ou avec un impact de moins en moins significatif au cours des dernières années.

Par ailleurs, la remontée des taux d'intérêts permet aux acteurs du marché de la RCM d'améliorer leur situation de solvabilité compte tenu des engagements de long terme portés à leur passif et de disposer ainsi de plus de marges manœuvres pour redresser leur situation de rentabilité, notamment par une compensation plus importante des déficits techniques éventuels par des bénéfices financiers plus importants que sur la période récente.

Enfin, 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.

SOMMAIRE

1. La responsabilité civile médicale dans le paysage de l'assurance non-vie en France.....	7
1.1. Structure des activités du marché de l'assurance non-vie en France	7
1.2. Structure de l'activité des sociétés pratiquant l'assurance de responsabilité civile médicale en France	8
1.2.1. Pour les sociétés dont le siège social est en France	8
1.2.2. Pour les sociétés pratiquant la RCM et exerçant en LPS ou en LE en France	9
1.3. Un marché d'assurance de responsabilité civile médicale étroit	10
.....	11
2. Analyses des tendances du marché	11
2.1 Le chiffre d'affaires global augmente légèrement en 2022	11
2.2 Le nombre total de sinistres reste en croissance ; le nombre de sinistres graves ressort en baisse	12
2.2.1 Sinistralité totale	12
2.2.2 Sinistres graves	13
1.4. Le ratio « S/P » est en légère hausse pour l'année de rattachement 2022	14
1.5. La comparaison des informations reçues par l'ACPR dans le cadre des études RCM de 2008 à 2022 confirme une tendance haussière	15
1.6. Un niveau de frais qui éloigne les sociétés françaises de l'équilibre	16
.....	18
3. Analyses détaillées.....	18
3.1 Analyse de l'activité hors spécialités à risque	18
3.2 Les spécialités à risque	19
3.2.1 Gynécologie – Obstétrique (GO).....	20
3.2.2 Anesthésie-Réanimation (AR).....	21
3.2.3 Chirurgie (CH)	22
3.2.4 Autres Spécialités (AS)	23
3.3 La responsabilité civile « produits »	24
4. Éléments d'analyse relatifs au contexte pandémique et à l'inflation.....	25
Annexe A. Agrégation des états FR21-RC 2022 (Responsabilité civile médicale)	26
Annexe B. Agrégation des états FR21-GO 2022 (Gynécologie - Obstétrique).....	27
Annexe C. Agrégation des états FR21-AR 2022 (Anesthésie – Réanimation)	28
Annexe D. Agrégation des états FR21-CH 2022 (Chirurgie)	29
Annexe E. Agrégation des états FR21-AS 2022 (Autres Spécialités)	30
Annexe F. Agrégation des états FR21-RC 2022 (Responsabilité Civile « Produits » uniquement) 31	
Annexe G. Spécificités règlementaires du marché de la RCM	32

Annexe H.	Spécificités réglementaires du régime en base réclamation.....	35
Annexe I.	Conséquences de l'entrée en application de Solvabilité II.....	36
Annexe J.	Articles de loi mentionnés dans le texte.....	36
J.1.	Article L. 4135-2 du code de la santé publique	36
J.2.	Article L. 1142-2 du code de la santé publique	36
J.3.	Article L. 4135-1 du code de la santé publique	37
J.4.	Article D. 4135-2 du code de la santé publique	37
J.5.	Article L. 251-2 du code des assurances	38
J.6.	Rappels Juridiques.....	39

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 1M€ 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 a légèrement évolué par rapport à 2021. Un organisme étranger a transmis les informations attendues pour l'étude alors qu'il n'y était pas contraint, celui-ci ayant cessé son activité en 2017, mais conservant malgré tout un stock de provisions en *run-off* conséquent et un autre organisme étranger a cessé de transmettre cette année les informations attendues (celui-ci étant passé en 2020 sous le seuil légal de 1 M€ de primes RCM émises). En outre, deux organismes français sous le seuil des 1 M€ en 2022, n'ont pas transmis le détail de leurs données RCM, comme la loi les y autorise et ont été retiré de l'étude en 2022¹⁰.

Afin de minorer les distorsions de périmètre induites par ces changements, les données 2022 de l'organisme étranger ont été extrapolées sous des hypothèses de liquidation des provisions raisonnables et intégrées à l'étude. Ce changement de périmètre et de méthodologie entraîne des différences de montants entre les rapports précédents et le rapport de cet exercice puisque les chiffres utilisés dans le présent rapport, correspondant à des années de rattachement antérieures, n'intègrent plus les deux organismes retirés de l'étude 2022.

En sus, un acteur britannique a transféré, à la suite du Brexit, la majeure partie de son portefeuille vers son entité irlandaise. Depuis 2022, il est prévu que la totalité du chiffre d'affaires RCM en France soit réalisée depuis cette dernière. Depuis l'exercice 2022, l'entité britannique est donc en *run off*, seule l'entité irlandaise a transmis ses données, néanmoins, l'entité en *run off* a également été intégrée à l'étude à l'aide d'une extrapolation¹¹.

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

L'assurance de responsabilité civile générale a un poids relativement faible sur le marché français, de seulement 3,2% du total des primes émises de l'assurance non-vie. Au sein de celle-ci, l'activité d'assurance de RCM des sociétés déclarant des primes au titre de l'exercice 2022 ne représente que 0,37% 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 2022.

¹⁰ Le retrait de ces organismes réduit pour la première fois le périmètre de l'étude. Ce retrait est motivé par le manque de fiabilité des méthodes d'extrapolation utilisées en raison de l'absence de données sur plusieurs années.

¹¹ Les provisions de cet organisme ont été extrapolées en utilisant des cadences de paiements obtenues par une méthode de type *Chain Ladder*

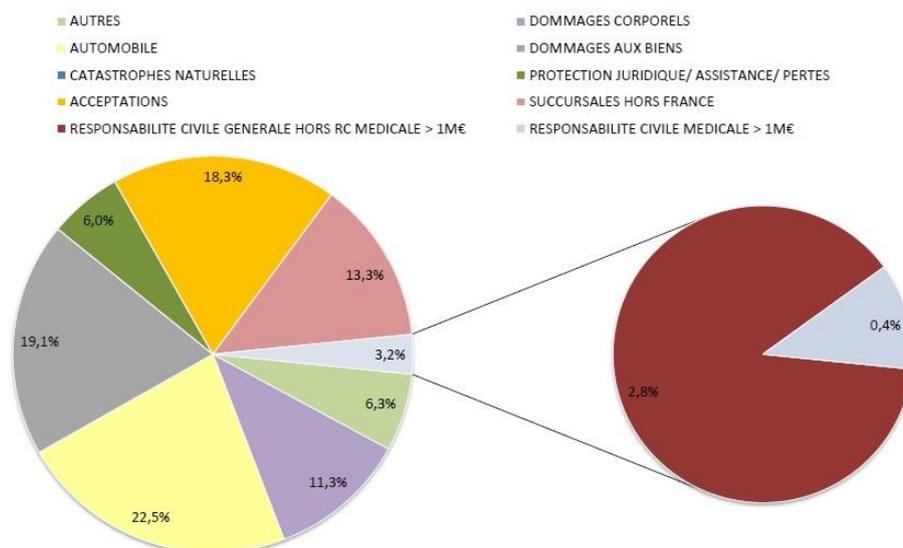


Figure 1. Marché de l'assurance non-vie en 2022¹²

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

1.2.1. 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.

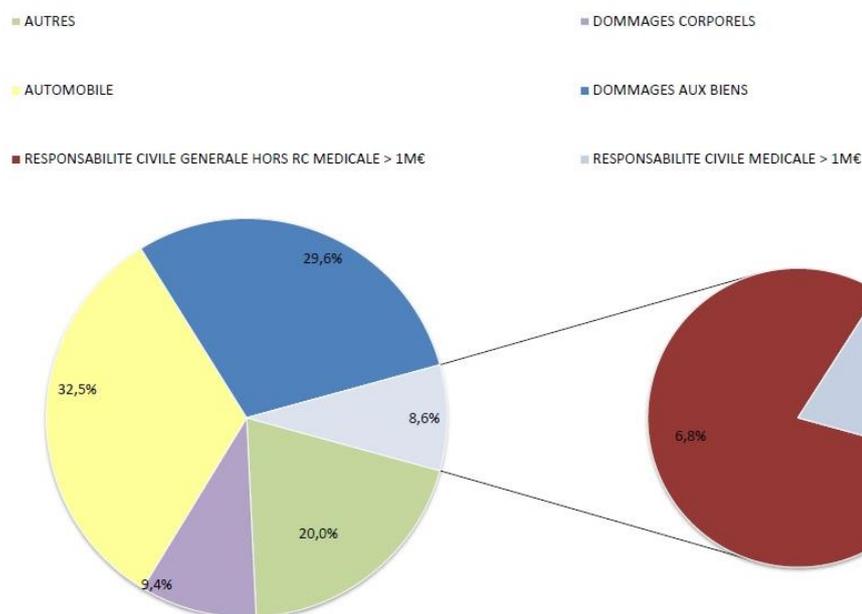


Figure 2. Activité des 10 acteurs français en assurance de RCM en 2022¹³

¹² Données obtenues à partir des états remis par l'ensemble des organismes non-vie et les remises spécifiques à la RCM (états FR21)

¹³ 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 :

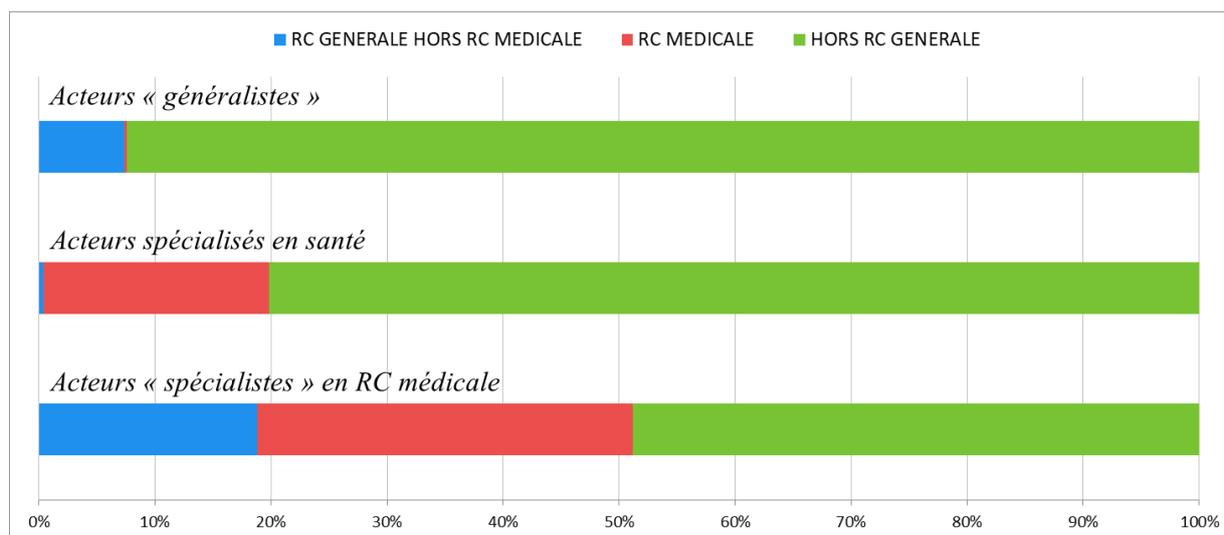


Figure 3. Répartition du chiffre d'affaires des 10 acteurs français en 2022

Cinq acteurs sont « 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.

Quatre acteurs sont spécialisés dans l'assurance dédiée au secteur de la santé/prévoyance. L'activité RC Médicale participe à leur offre produit dédiée. Elle représente environ 19% de leurs primes en hausse sensible (+5%) en 2022. Toutefois, cette hausse est principalement due à un changement de catégorie d'un des acteurs. En effet, le quatrième acteur était auparavant classé parmi les acteurs spécialistes de la RCM, néanmoins, sa part des primes dédiées à la RCM a suffisamment chuté sur le marché français pour entraîner son reclassement.

Un acteur est « spécialiste » de l'assurance RCM : il effectue plus de 32% de son chiffre d'affaires sur cette activité. Cette proportion apparaît en baisse sensible (-4%) en 2022, après plusieurs années de baisse consécutive.

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

Onze sociétés étrangères, principalement britanniques et allemandes, ont été identifiées¹⁴ par l'ACPR comme ayant ou ayant eu une activité suffisamment significative pour faire partie de l'étude. Cinq vendent des contrats d'assurance RC à des fabricants de produits médicaux, et six couvrent des praticiens et des établissements de soins. Parmi ces dernières, deux exercent uniquement depuis leur siège social en libre prestation de service (LPS), une en libre établissement (LE) depuis une succursale établie en France, deux ont à la fois des engagements RCM en LPS et en LE, la dernière étant en extinction pour l'activité RCM.

Les sociétés étrangères exerçant en LPS ou en LE en France représentent en 2022 31% du marché global de l'assurance de RCM, et plus de 35% 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 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)

¹⁴ 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.

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 ; par conséquent, ils traitent la RCM française comme leurs autres activités de RC. Entrer ou sortir de ce marché a peu d'impact sur les sociétés étrangères mais peut avoir un impact matériel sur le marché français de la RCM.

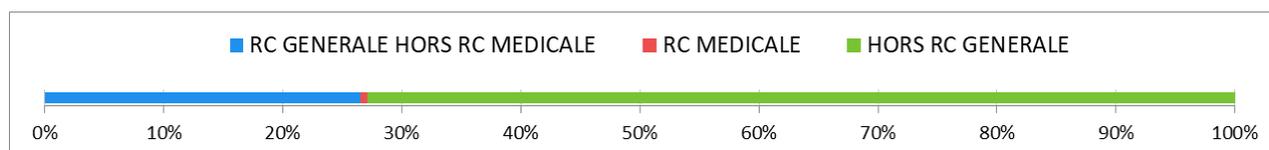


Figure 4. Répartition de l'activité des acteurs étrangers en 2022¹⁵

1.3. Un marché d'assurance de responsabilité civile médicale étroit

Le montant total des primes émises au titre de l'activité en assurance de RCM des 21 portefeuilles concernés augmente légèrement en 2022 (594M€ contre 547M€ en 2021). La concentration du marché se renforce, les 5 premières sociétés représentent 83% des primes avec 495 M€, les 4 premières en concentrant déjà 77%, soit 456 M€ (cf. Figure 5).

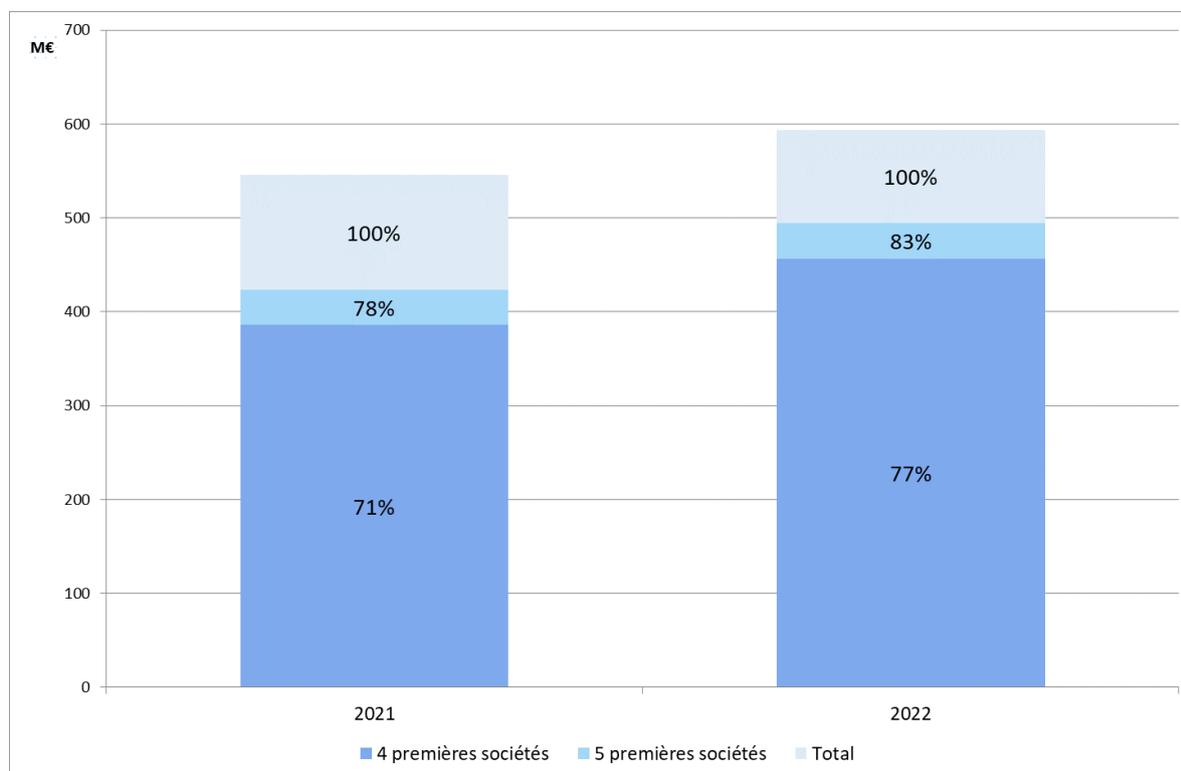


Figure 5. Évolution de la concentration des primes en assurance de RCM en 2022

¹⁵ Données obtenues à partir des remises spécifiques à la RCM (états FR21) et du SFCR des organismes étrangers

2. Analyses des tendances du marché

2.1 Le chiffre d'affaires global augmente légèrement en 2022

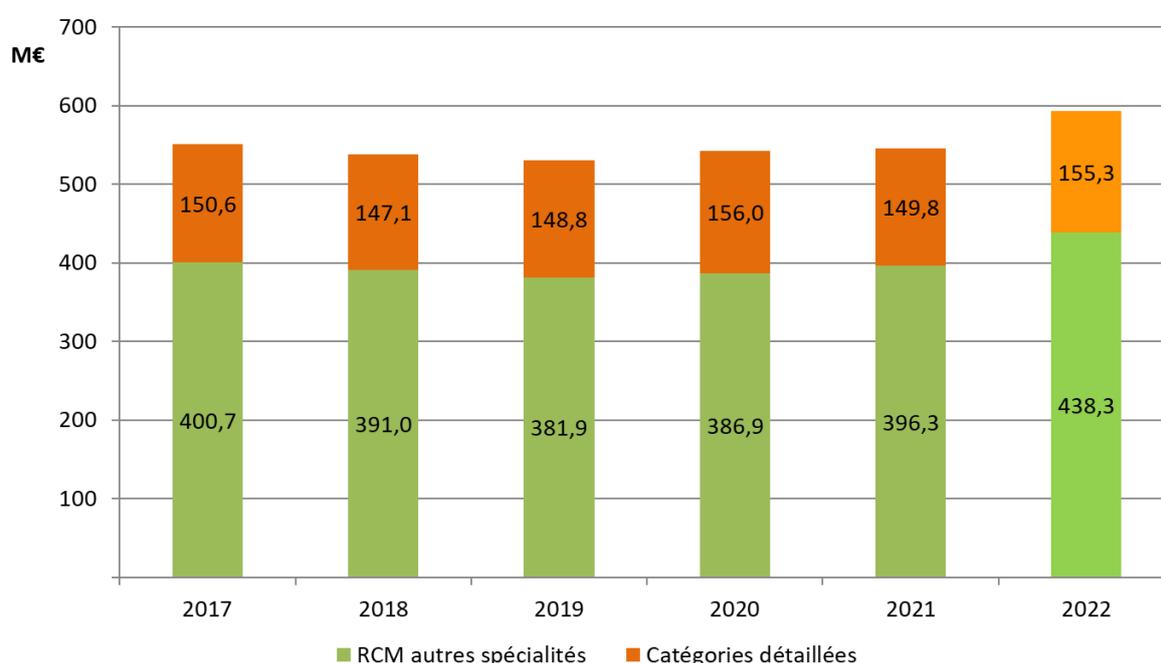


Figure 6. Primes émises en assurance de RCM en 2022

Le montant des primes émises toutes catégories confondues augmente (593,5 M€ en 2022 et 545,3 M€ en 2021), renforçant ainsi une tendance amorcée les deux années précédentes. Le nombre de contrats déclarés a augmenté de 2,2% entre la fin de l'exercice 2021 et la fin de l'exercice 2022.

La prime moyenne par contrat augmente sensiblement (+6,4%) par rapport à 2021, ce qui est en rupture avec la tendance constatée depuis 2019 (baisse de -5% en moyenne) en raison notamment du contexte inflationniste. De plus, la hausse de la prime moyenne par contrat pour les sociétés françaises (+5,7%) semble toujours significative tandis que les sociétés étrangères enregistrent en moyenne une hausse semblable (+5,9%). Ainsi, il reste cependant difficile de dégager une tendance sur la base de cet indicateur, le périmètre des sociétés exerçant en RCM étant à la fois volatil et restreint, avec de fortes disparités de situations d'un organisme à l'autre.

Le chiffre d'affaires de l'activité d'assurance de responsabilité des spécialités, détaillées à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique, est en hausse (+3,6%) pour l'exercice 2022 sans que cela ne reflète à ce stade une tendance sur la durée. L'exercice 2021 avait notamment été marqué par une baisse du chiffre d'affaires de ce périmètre (-3,9%).

2.2 Le nombre total de sinistres reste en croissance ; le nombre de sinistres graves¹⁶ ressort en baisse

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 d'un des principaux acteurs, il est procédé à une extrapolation¹⁷ des sinistres tant en nombre qu'en montants.

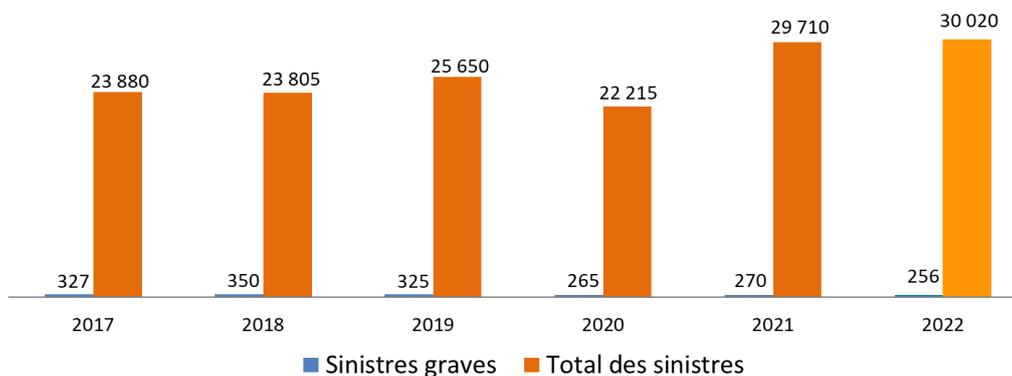


Figure 7. Nombre de sinistres par année de rattachement

2.2.1 Sinistralité totale

Le nombre total de sinistres rattachés à l'exercice 2022 augmente légèrement (+1,0%) par rapport au nombre de sinistres rattachés à l'exercice 2021, 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. L'exercice 2022 maintient donc la tendance haussière. La charge sinistre totale 2022 est également anticipée en hausse de 9% par rapport à celle de l'exercice 2021, estimée à fin 2022.

Ce constat pourrait s'expliquer d'une part par des politiques de provisionnement à l'ouverture plus prudentes, d'autre part par une réévaluation défavorable en 2022 de l'estimation de la charge sinistre des exercices précédents. En effet cette dernière, vue par les organismes à fin 2022, se portait à 9,4 milliards (9 Md€), contre 9,0 Md€ vue fin 2021. En outre, la charge 2022 vue fin 2022 se porte à 518,4 M€, soit une hausse de 13% par rapport à la charge 2021 vue en 2021.

Il est pourtant à noter que d'année en année, les organismes ont eu tendance à revoir à la baisse la charge ultime des exercices de rattachement les plus anciens pour lesquels une profondeur d'analyse suffisante est disponible (2011 sur la Figure 8), à mesure que se précise la charge réelle. Il semble toutefois que ce phénomène se soit atténué sur les exercices de rattachement les plus récents (2012 à 2017 sur la Figure 8) présentant une profondeur d'analyse suffisante.

¹⁶ C'est-à-dire présentant une charge nette de recours supérieure à 200k€. Ce seuil est défini dans les remises annuelles des organismes.

¹⁷ 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*.

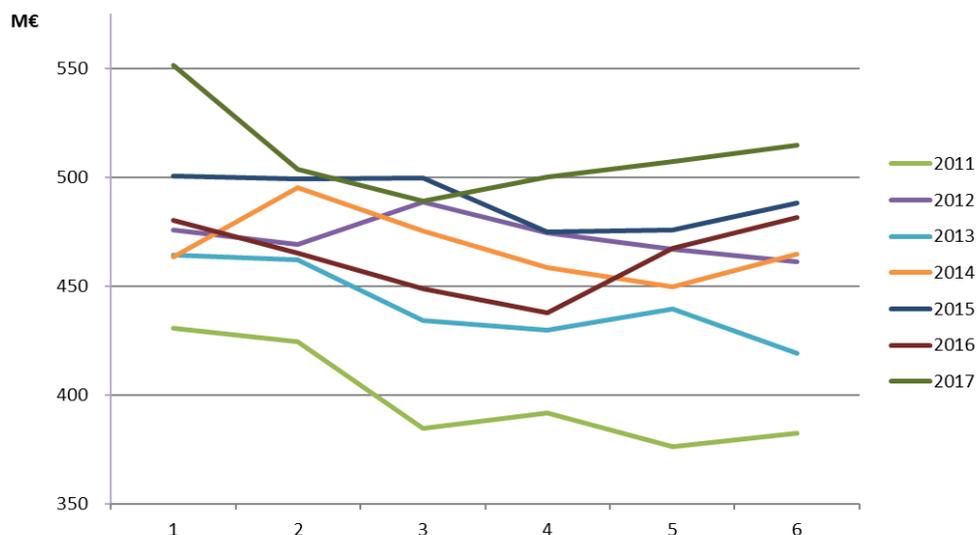


Figure 8. Évolution de la charge sinistre totale, par année de rattachement

2.2.2 Sinistres graves

Le nombre de sinistres graves est en baisse de 5,1% entre 2021 et 2022, malgré l'augmentation du nombre total de sinistres. La charge sinistre totale des graves est cependant en hausse : 60,3 M€ contre 53,5 M€ pour l'année de rattachement 2021, avec une hausse du coût moyen des sinistres graves. Les sinistres graves représentent comme pour l'exercice 2021 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 (cf. Figure 9). Certains sinistres passent ainsi en-dessous du seuil des 200 milliers d'euros et ne sont plus comptabilisés comme graves. Néanmoins, cet effet est compensé par le contexte inflationniste pour l'exercice 2022.

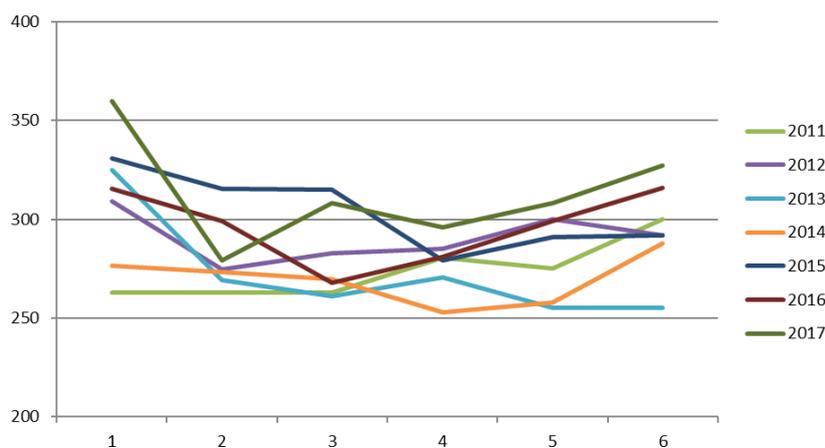


Figure 9. Évolution du nombre de sinistres graves, par année de rattachement

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, parfois 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.

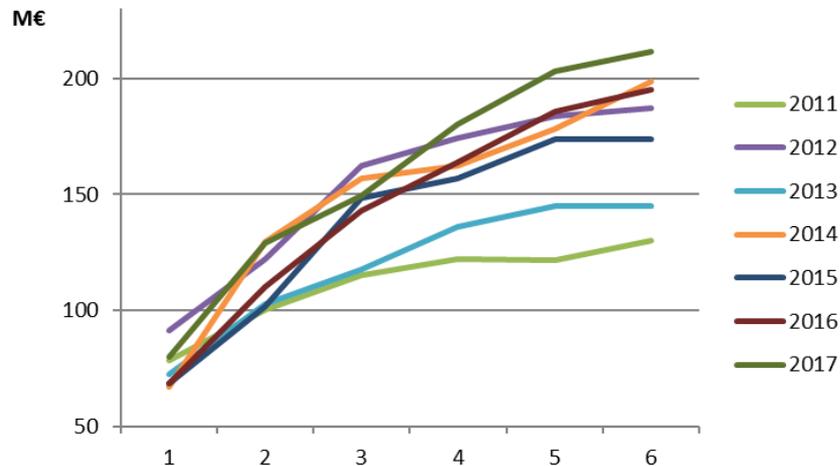


Figure 10. Évolution de la charge sinistre des graves, par année de rattachement

1.4. Le ratio « S/P¹⁸ » est en légère hausse pour l'année de rattachement 2022

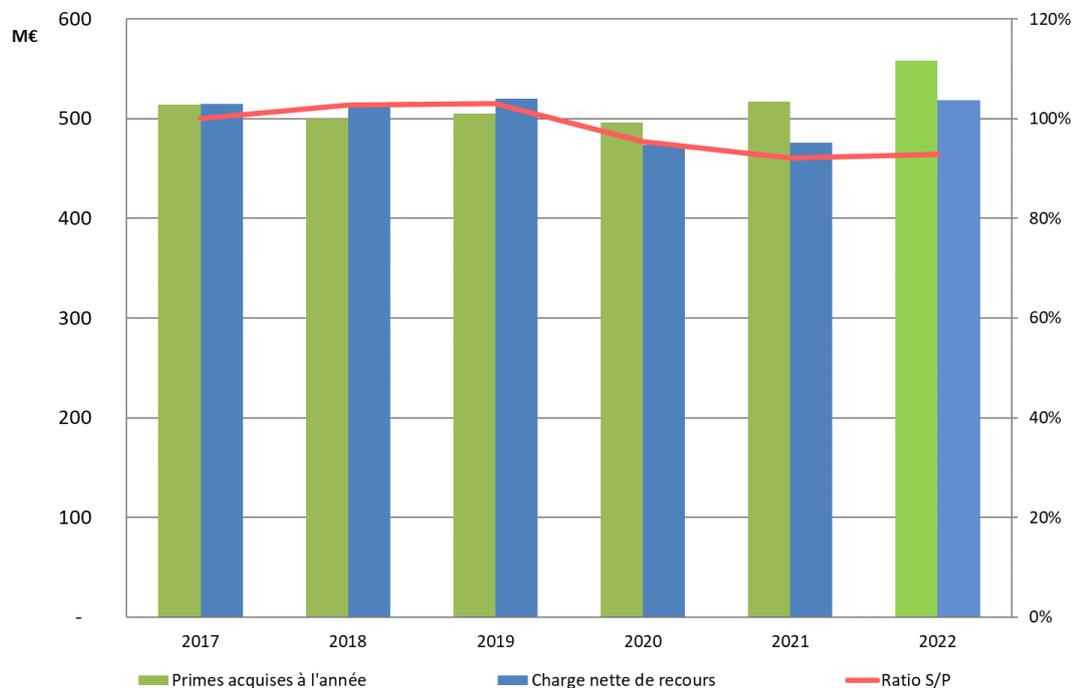


Figure 11. Ratio S/P (à droite) par année de rattachement, total RC Médicale

¹⁸ Le ratio "sinistres sur primes" (S/P) est le rapport de la charge des sinistres nette de recours aux primes acquises.

L'analyse de la figure ci-dessus montre que la hausse anticipée de la charge des sinistres sur l'exercice 2022 entraîne une stabilisation du ratio S/P 2022 qui s'établit à 92,8%.

Cette stabilisation du ratio de 2022 doit être prise avec prudence car elle est basée sur une seule année d'observation alors que l'historique plus long sur les années précédentes permet aux organismes de préciser l'évaluation de leur charge sinistre. Par ailleurs, le choc inflationniste observé depuis 2022 complique cette évaluation. Par exemple, le S/P de l'année de rattachement 2021 se portait l'an dernier à 89,0% (inférieur au S/P 2022), mais se liquide défavorablement à 92,1%, vu à fin 2022 (cf. Figure 11).

1.5. La comparaison des informations reçues par l'ACPR dans le cadre des études RCM de 2008 à 2022¹⁹ confirme une tendance haussière

L'évolution des S/P calculés sur la période des 6 exercices pour lesquels des données détaillées sont transmises chaque année à l'Autorité²⁰ (« S/P cumulés 6 ans ») confirme une détérioration de la situation technique de la RCM entre 2013 et 2022 (voir figure ci-dessous). Néanmoins, la situation technique semble se stabiliser sur les 3 derniers exercices.

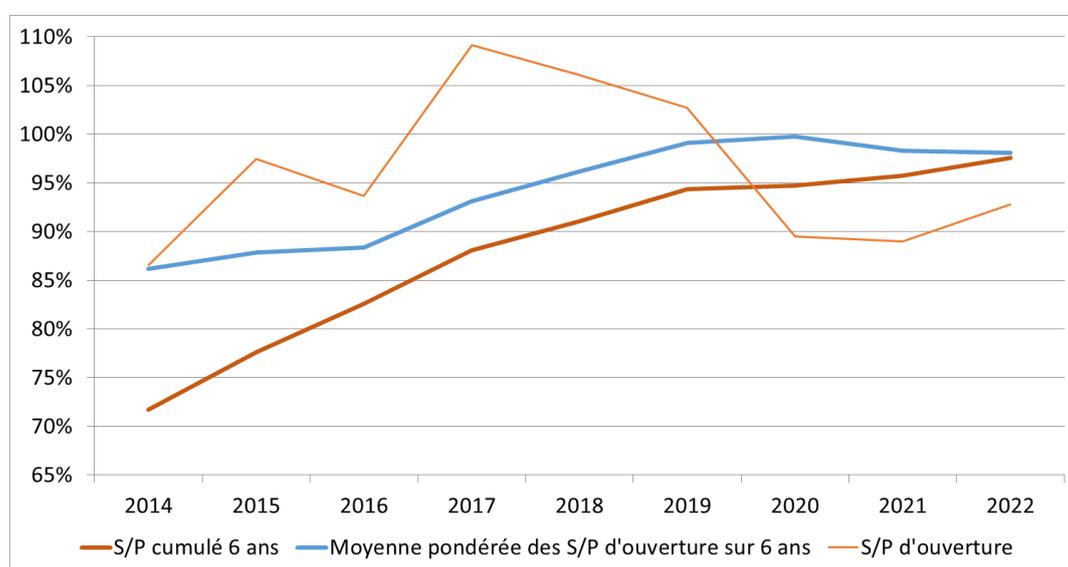


Figure 12. Ratios S/P calculés à partir des données RCM transmises entre 2008 et 2022

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 hausse mais sans dépasser 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 »²¹ montre que le S/P évalué au bout de trois ans en moyenne est resté inférieur mais de

¹⁹ 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.

²⁰ Par exemple, pour l'étude 2022, le « S/P cumulé 6 ans » est égal à la somme des charges des sinistres rattachés aux années 2017 à 2022 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. Voir annexes A à F pour le détail des données reçues en 2022.

²¹ 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.

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 a eu tendance à s'amenuiser.

Ces constats amènent à penser que la situation technique du marché reste précaire ce qui nécessite une vigilance renforcée dans le contexte inflationniste. Le retour à un équilibre technique durable pourrait prendre plusieurs années.

1.6. Un niveau de frais qui éloigne les sociétés françaises de l'équilibre

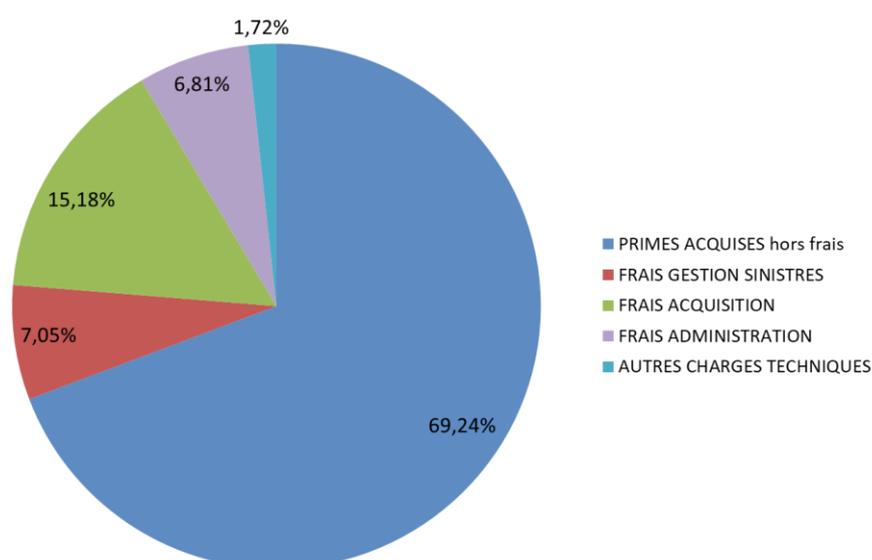


Figure 13. Répartition de la prime acquise en 2022 pour la Responsabilité Civile Générale²²

Le taux de frais de la RCM n'est pas disponible dans les états reçus. Cependant, il peut être approché par celui de la responsabilité civile générale, disponible dans les remises réglementaires annuelles des organismes contrôlés par l'ACPR.

La figure ci-dessus montre la part de frais généraux dans la prime acquise 2022 pour l'intégralité des acteurs français, en responsabilité civile générale. Les frais représentent 30,8% des primes acquises dont la moitié au titre des frais d'acquisition (15,2%). Ce niveau peut toutefois recouvrir des réalités très différentes, puisque les acteurs généralistes couvrant la RCM font souvent appel à des courtiers proposant une offre globale portant notamment sur la souscription d'autres types de risques, alors que les acteurs spécialistes souscrivent essentiellement en direct, compte tenu de leur expertise en matière de RCM.

Même si ce taux de frais généraux ne constitue qu'une approximation, parce que l'activité en RCG ne consomme pas nécessairement autant de frais que l'activité en RCM et que les frais dépensés sur une année comptable correspondent à plusieurs années de rattachement, ce taux donne une indication du niveau de frais généraux de cette activité.

²² Les données sont obtenues à partir des états remis non spécifique à la RCM par les organismes français de l'étude.

Au global, les ratios combinés bruts pour les années de rattachement 2017 à 2022 évalués dans le cadre de cette étude seraient compris entre 120% et 135% pour l'ensemble de la RCM, de l'ordre de 128% pour le ratio combiné cumulé sur ces 6 années de rattachement, très loin de l'équilibre technique avant application des traités de réassurance. Ce déséquilibre technique devrait en principe amener des efforts accrus pour limiter les coûts, ou des hausses tarifaires.

3. Analyses détaillées

3.1 Analyse de l'activité hors spécialités à risque

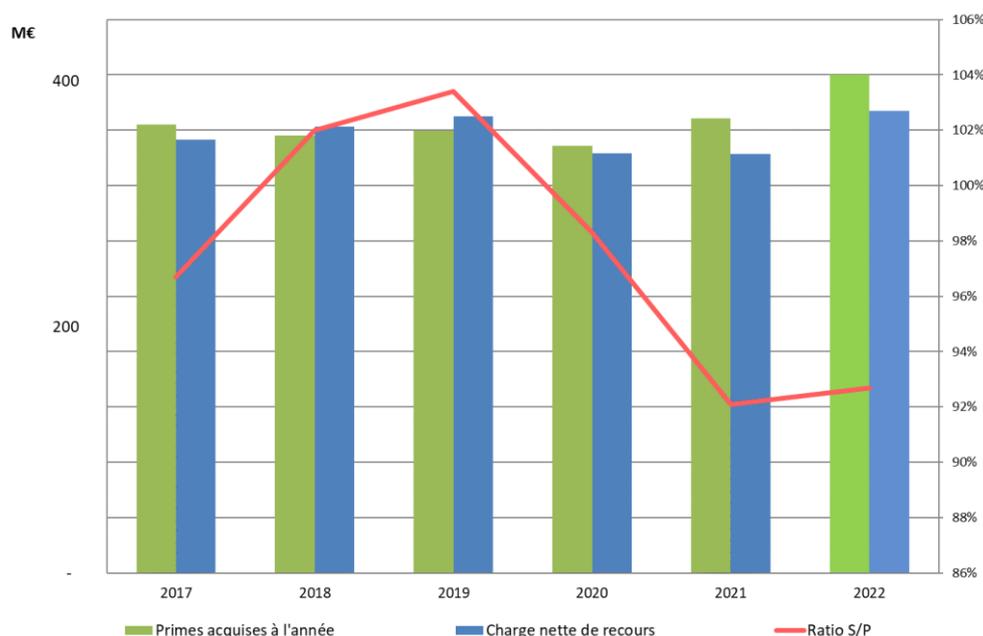


Figure 14. Primes, charges et ratio S/P par année de rattachement, hors spécialités

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 102 € et 279 milliers d'euros.

Sur ce marché, l'activité est en hausse entre 2021 et 2022 (+10,4%), en lien avec d'une part l'augmentation de la prime moyenne (+8,4%) et d'autre part l'augmentation du nombre de contrats (+1,8%). L'augmentation de la prime moyenne brise ainsi le cycle de compression des primes constaté ces dernières années. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le contexte inflationniste qui compense 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 (+10%) par rapport à l'exercice 2021, tandis que l'augmentation du nombre de sinistres ralentit (+3,6%). Au global, ce périmètre évolue de façon similaire mais légèrement plus importante que l'ensemble du marché RCM (cf. partie 2.2 et les conclusions afférentes).

3.2 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.

Il faut noter que la sinistralité des spécialités détaillées 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.

Les quatre spécialités détaillées constituent 26,2% de l'activité d'assurance de RCM, proportion en baisse de 1,2% par rapport à 2021.

L'activité des sociétés sur ces spécialités à risque croît de 3,6%, en lien avec la hausse du nombre de contrats (+7,5%), et ce malgré la baisse de la prime moyenne (-3,6%). Par ailleurs, la charge 2022 est anticipée comme supérieure à celle de 2021 (+5%), contrairement au nombre de sinistres (-12,51%).

En outre, l'activité des spécialités à risque est particulièrement soumise à des risques de pointe, qui peuvent n'être dus qu'à un nombre très limité de sinistres 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.

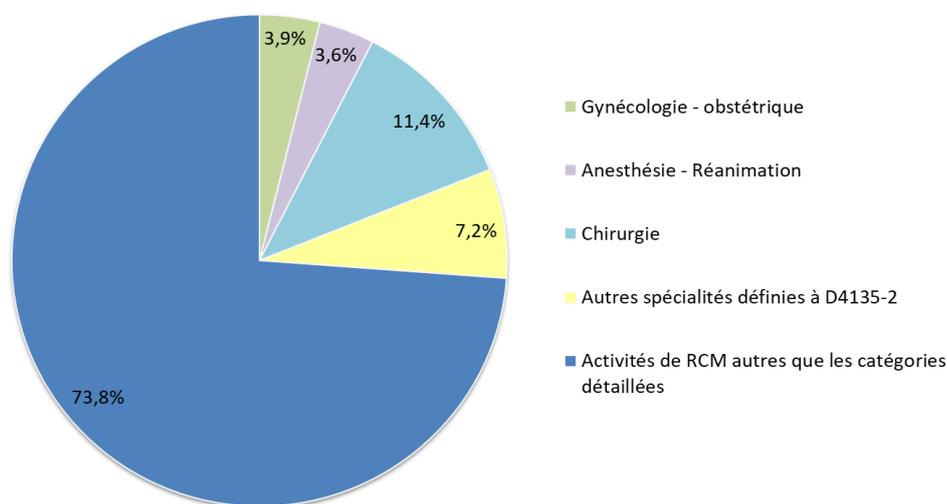


Figure 15. Répartition des spécialités sur le marché de la RC Médicale en 2022

3.2.1 Gynécologie – Obstétrique (GO)

Cette catégorie regroupe deux types de spécialités, la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique. La première est peu risquée, sa prime est donc relativement faible (moins de 1 millier d'euros par an). La deuxième présente des risques de forte amplitude, la prime peut ainsi dépasser 50 milliers d'euros. L'activité d'assurance de RC Médicale en gynécologie-obstétrique est très concentrée. Les quatre premiers acteurs (l'un étranger, les autres français) représentent 96% du marché.

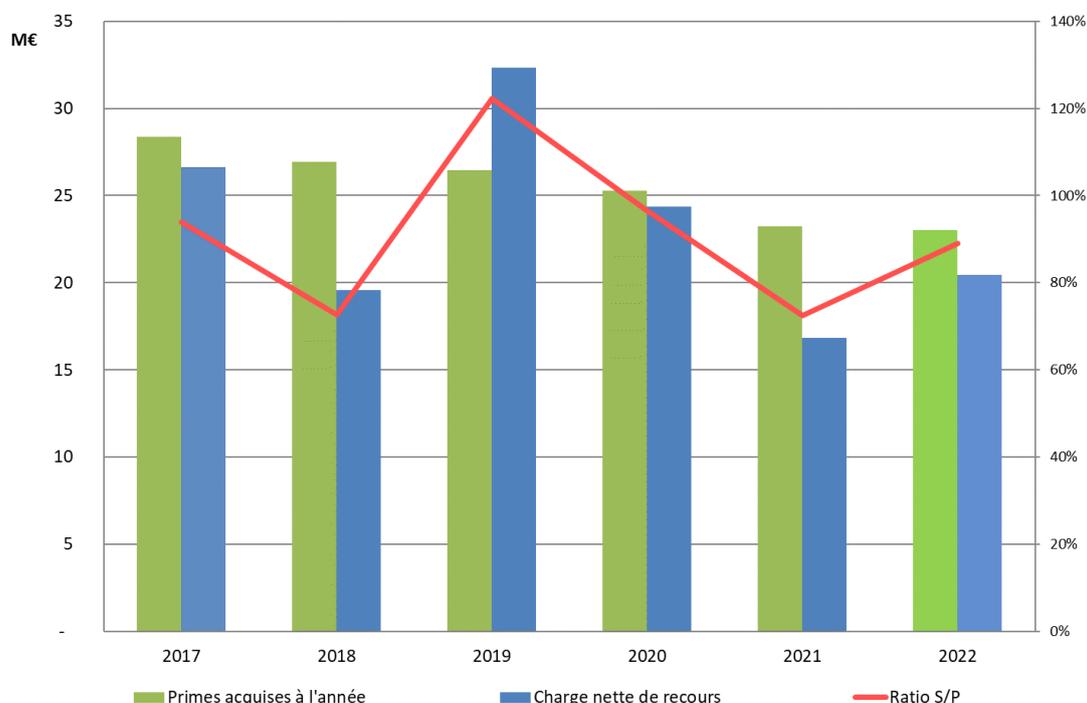


Figure 16. *Gynécologie-Obstétrique - Primes, charges et ratio S/P par année de rattachement*

L'activité en GO est en recul depuis 2016 (-0,8% en 2022, en raison de la baisse de la prime moyenne de -16,3%). La charge sinistre est anticipée à la hausse (21,6% en 2022 par rapport à 2021) en raison du contexte inflationniste et ce malgré la baisse sensible du nombre de sinistres (-20,0%). Le S/P rattaché à l'année 2019 s'améliore légèrement en passant de 127% vu à fin 2021 à 122% en 2022. Tandis que le S/P rattaché à l'année 2020 se dégrade en passant de 91% vu à fin 2021 à 97% en 2021.

Ces chiffres doivent être pris avec précaution : en effet, la sinistralité en GO est portée par les sinistres graves, entraînant une très forte volatilité dans l'évolution de la charge. Leur part dans la charge totale est de 16%, alors qu'ils ne représentent que 3% des sinistres. Néanmoins, leur part est en recul par rapport à 2021 où ils représentaient 21% de la charge pour 5% des sinistres.

3.2.2 Anesthésie-Réanimation (AR)

Pour la spécialité AR, les trois acteurs principaux (l'un étranger, les autres français) représentent 99% du secteur.



Figure 17. Anesthésie-Réanimation - Primes, charges et ratio S/P par année de rattachement

L'activité en AR est en croissance sur l'exercice 2022 (3,2% par rapport à 2021), conséquence de la hausse de la prime moyenne (2,5%) et la légère hausse du nombre de contrats (+0,7%). La charge sinistre est très volatile d'une année de rattachement à l'autre. Les S/P des années de rattachement 2017 à 2021 sont stables.

La part des sinistres graves AR a fortement augmenté et retrouve un niveau similaire à l'exercice 2020. Leur part dans la charge totale est de 11% (contre 3% et 12% en 2021 et 2020 respectivement) et représente 2,3% des sinistres (contre 0,6% et 1,2% en 2021 et 2020 respectivement).

3.2.3 Chirurgie (CH)

Pour la spécialité CH, les quatre acteurs principaux (l'un étranger, les autres français) représentent 98% du secteur.

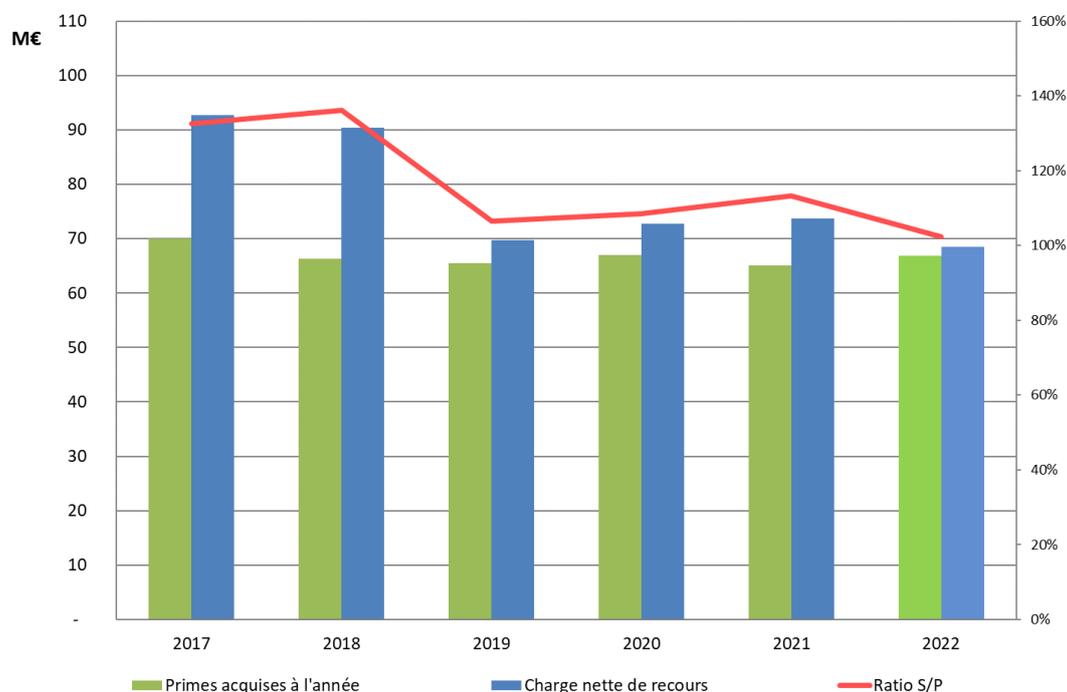


Figure 18. *Chirurgie - Primes, charges et ratio S/P par année de rattachement*

En 2022, l'activité d'assurance en chirurgie progresse (2,0% en 2022 par rapport à 2021), conséquence de la hausse de la prime moyenne (+3,6%), et ce malgré la légère baisse du nombre de contrats (-1,5%).

La charge de sinistres est en baisse (-7,1%), principalement en raison de la baisse du nombre de sinistres (-13,6%).

Globalement, la charge sinistre apparaît très volatile depuis au moins une dizaine d'années bien qu'on observe une stabilisation sur les 4 derniers exercices. Les années 2017 et 2018 présentent des sinistralités particulièrement élevées, entraînant respectivement des S/P de 133% et de 136% vu à fin 2022 (respectivement 141% et 134% vu à fin 2021). Les ratios S/P vus à fin 2022 n'ont pas subi de variations significatives. 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 systématiquement déficitaire. Cette situation est *a priori* justifiée par le fait que les assureurs adoptent généralement des approches commerciales plus globales.

3.2.4 Autres Spécialités (AS)

L'activité en AS regroupe des spécialités très disparates avec des risques très différents. Comme pour les trois autres spécialités, le secteur est très concentré : trois sociétés françaises représentent 96% du marché. Les assureurs étrangers sont quasiment absents de ce marché depuis le retrait de l'un d'entre eux.

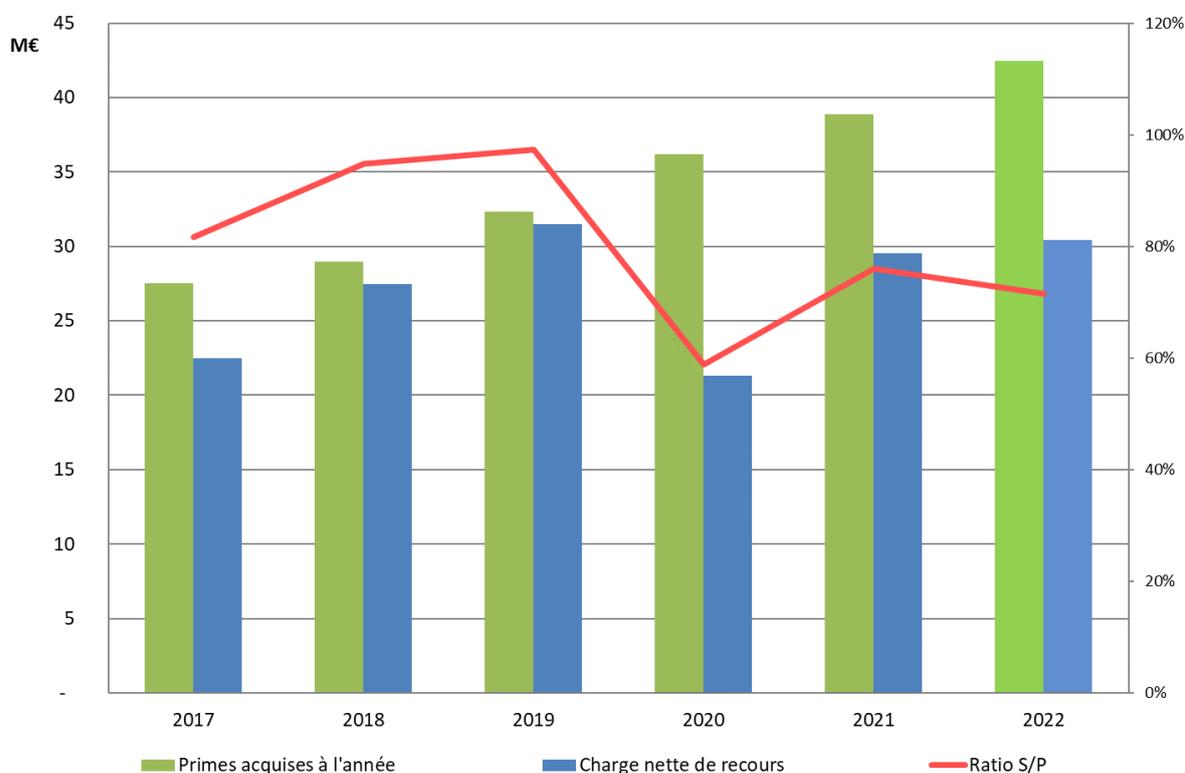


Figure 19. *Autres Spécialités - Primes, charges et ratio S/P par année de rattachement*

L'activité AS reprend sa croissance (+9,3% en primes émises) après une année de ralentissement en 2021 qui avait succédé à cinq années de hausse. La prime moyenne a très légèrement diminué (-0,9%) tandis que le nombre de contrats a progressé de 10,3%. La charge des sinistres est anticipée en légère hausse (+3%).

Le S/P de l'exercice 2021 est anticipé à 76%, soit un niveau légèrement supérieur à celui observé à fin 2021 (71%) mais faible par rapport à celui des exercices précédents 2020 (84%). La part des sinistres graves dans la charge totale est de 20% en nette augmentation par rapport à 2021 (7%) et ils ne représentent que 1% des sinistres. Ainsi, leur part continue de progresser par rapport à 2020 où ils représentaient 1,8% de la charge pour 0,4% des sinistres.

Pour le secteur AS, les spécialités regroupées sont nombreuses et peu homogènes, ce qui entraîne des difficultés pour les assureurs dans l'évaluation de la charge des sinistres.

3.3 La responsabilité civile « produits »

Avec un chiffre d'affaires de l'ordre de 35 M€ en 2022, 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, essentiellement allemands et britanniques.

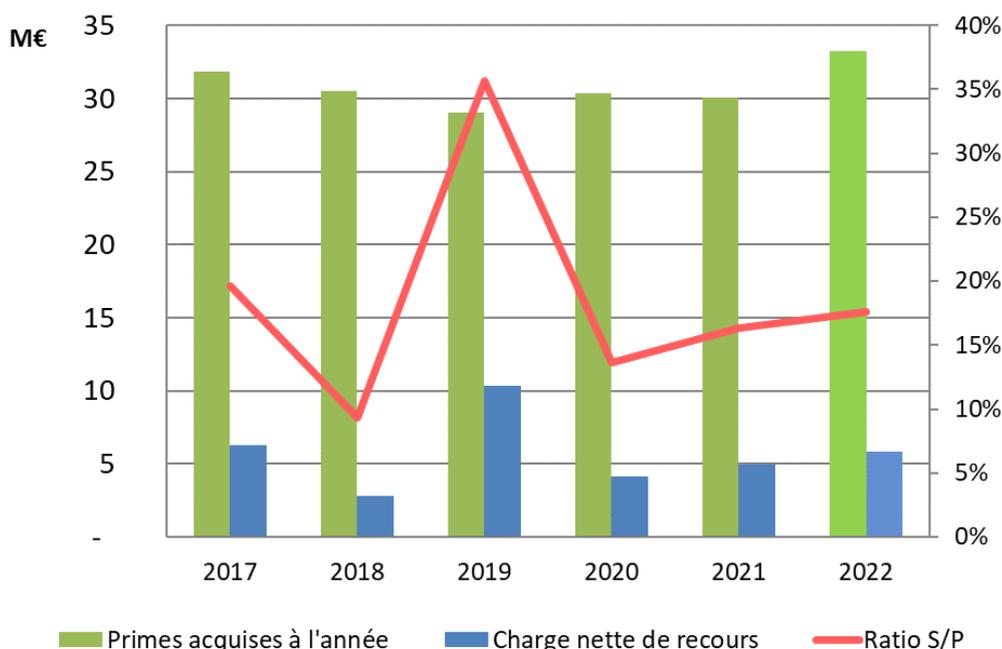


Figure 20. Responsabilité Civile « Produits » - Primes, charges et ratio S/P par année de rattachement

Le nombre de contrats concernés est très faible (191 au total à fin 2022) mais la prime moyenne par contrat est élevée (184 milliers d'euros en moyenne en 2022), avec de fortes disparités suivant les cinq acteurs concernés (de 104 à 669 milliers d'euros en 2022). L'activité est souvent concentrée sur quelques dizaines de polices qui couvrent l'activité du client dans sa globalité, *a priori* le plus souvent sans exclusion territoriale²³. 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 2022, un acteur a très fortement redressé ses tarifs (+189%), tandis qu'un autre les a fortement diminués (-32,1%).

Les acteurs de ce secteur ne provisionnent aucune garantie subséquente²⁴. 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 9% à 36% pour le ratio S/P entre 2017 et 2022, l'apparition de sinistres graves restant peu fréquente (3 sinistres graves par an en moyenne sur les 6 derniers exercices).

²³ CJUE, 11 juin 2020, C581-18 ; RGDA sept. 2020, 117r0, p. 52 implants mammaires validité de la clause de territorialité dans le contrat d'assurance RC obligatoire (loi française, fabricant de produits médicaux) : Pas contraire au droit de l'UE notamment le principe de non-discrimination en raison de la nationalité (recours d'une résidente allemande)

²⁴ Cf. Annexe H.

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 de l'exercice de rattachement 2020 en 2022 ne laisse pas apparaître d'augmentation du nombre de sinistres (*cf.* Figure 7 en partie 2.2). En outre, on constate une baisse de 3% en 2022 de la charge sinistre 2020 - cette évolution à la baisse compense partiellement la hausse de 10% observée en 2021, la tendance se dessinant semble confirmer le caractère atypique de l'année 2020.

Par ailleurs, la sinistralité des exercices 2021 et 2022 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 l'exercice 2022 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 hausse vu fin 2022 exceptée l'année de rattachement 2020. La charge sinistre totale 2022 est également anticipée en hausse de 9% par rapport à celle de l'exercice 2021, 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 6,4%, tendance inédite 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 5% sur les exercices 2022 et 2023 avec un retour à 2% à l'horizon de projection.

Annexe A. Agrégation des états FR21-RC 2022 (Responsabilité civile médicale)

		A: Nombre de risques, nombre de contrats, nombre et coût des sinistres			
		Nombre de contrats		Nombre de risques	
A l'ouverture de l'exercice	01		793 092		977 386
A la clôture de l'exercice	02		810 482		822 278
		Nombre de sinistres		Coût total des sinistres	
Déclarés dans l'exercice	03		31 100		409 537
Clos dans l'exercice	04		29 798		374 287

		B: Coût et rapport S/P par année de rattachement des sinistres						
ANNEE DE RATTACHEMENT		2017	2018	2019	2020	2021	Total antérieurs	2022
1 - Cumuls paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs	10	182 199	136 890	92 388	49 284	18 393	4 945 558	0
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	11	-	587	466	-	-	236 098	0
2 - Paiements, nets de recours, au cours de l'ex. inventorié	12	36 780	41 018	40 717	37 820	36 399	377 258	17 076
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	13	121	342	5	-	-	2 698	-
3.1 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, au début de l'ex. inventorié (1)	14	329 598	348 210	421 148	438 079	442 654	4 536 873	0
3.2 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'ex. inventorié (1)	15	301 894	339 119	397 219	390 574	426 106	4 217 286	507 131
4 - Charge nette de recours (1) (égal à 1 + 2 + 3.2)	16	520 873	517 026	530 324	477 531	480 898	9 540 102	524 207
Dont charge nette de recours dépassant 200 000 € pour les sinistres dont la charge dépasse ce niveau	17	214 818	215 848	219 055	155 796	116 118	4 302 567	60 295
5 - Nombre de sinistres	18	23 953	23 873	25 712	22 277	29 762	508 530	30 054
Dont nombre de sinistres dont la charge nette de recours dépasse 200 000 €	19	331	353	331	266	270	5 380	257
6 - Coût moyen net de recours (égal à 4/5) en euros	20	21 746	21 657	20 626	21 436	16 158	18 760	17 442
7.1 - Primes acquises à l'année	21	545 838	530 541	534 080	526 442	547 038	8 438 119	591 837
7.2 - Primes émises à l'année, quel que soit leur exercice de rattachement	22	551 264	538 151	530 717	542 883	546 092	8 494 046	593 515
7.3 - Provision pour primes non acquises à la clôture de l'exercice (2)	23	129 374	105 568	122 297	116 018	124 380	-	191 383
8 - Rapport S / P (en %)	24	95,4%	97,5%	99,3%	90,7%	87,9%	-	88,6%

Annexe B. Agrégation des états FR21-GO 2022 (Gynécologie - Obstétrique)

		A: Nombre de risques, nombre de contrats, nombre et coût des sinistres			
		Nombre de contrats		Nombre de risques	
A l'ouverture de l'exercice	01		4 728		4 734
A la clôture de l'exercice	02		5 599		5 623
		Nombre de sinistres		Coût total des sinistres	
Déclarés dans l'exercice	03		330		26 927
Clos dans l'exercice	04		389		19 245

		B: Coût et rapport S/P par année de rattachement des sinistres						
ANNEE DE RATTACHEMENT		2017	2018	2019	2020	2021	Total antérieurs	2022
1 - Cumuls paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs	10	4 466	3 149	2 196	1 402	522	368 260	0
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	11	-	-	-	-	-	70 179	0
2 - Paiements, nets de recours, au cours de l'ex. inventorié	12	1 264	1 387	933	992	838	14 779	416
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	13	-	-	-	-	-	270	-
3.1 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, au début de l'ex. inventorié (1)	14	20 082	14 772	31 272	21 490	18 135	368 071	0
3.2 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'ex. inventorié (1)	15	20 895	15 060	29 195	21 989	15 478	374 714	20 054
4 - Charge nette de recours (1) (égal à 1 + 2 + 3.2)	16	26 626	19 596	32 324	24 383	16 838	757 753	20 471
Dont charge nette de recours dépassant 200 000 € pour les sinistres dont la charge dépasse ce niveau	17	14 899	10 627	19 024	10 593	4 361	433 885	3 967
5 - Nombre de sinistres	18	423	445	462	394	386	9 026	309
Dont nombre de sinistres dont la charge nette de recours dépasse 200 000 €	19	13	13	21	18	18	303	11
6 - Coût moyen net de recours (égal à 4/5) en euros	20	62 944	44 036	69 966	61 885	43 621	83 952	66 248
7.1 - Primes acquises à l'année	21	28 364	26 940	26 451	25 277	23 219	367 477	22 997
7.2 - Primes émises à l'année, quel que soit leur exercice de rattachement	22	28 561	26 556	26 211	25 761	23 526	343 113	23 328
7.3 - Provision pour primes non acquises à la clôture de l'exercice (2)	23	31 978	24 995	23 773	24 224	21 530	-	8 044
8 - Rapport S / P (en %)	24	93,9%	72,7%	122,2%	96,5%	72,5%	-	89,0%

Annexe C. Agrégation des états FR21-AR 2022 (Anesthésie – Réanimation)

		A: Nombre de risques, nombre de contrats, nombre et coût des sinistres			
		Nombre de contrats		Nombre de risques	
A l'ouverture de l'exercice	01		7 425		7 500
A la clôture de l'exercice	02		7 479		7 551
		Nombre de sinistres		Coût total des sinistres	
Déclarés dans l'exercice	03		3 199		19 040
Clos dans l'exercice	04		3 285		11 685

		B: Coût et rapport S/P par année de rattachement des sinistres						
ANNEE DE RATTACHEMENT		2017	2018	2019	2020	2021	Total antérieurs	2022
1 - Cumuls paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs	10	5 966	4 104	2 728	1 398	841	203 876	0
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	11	-	-	-	-	-	4 346	0
2 - Paiements, nets de recours, au cours de l'ex. inventorié	12	628	1 174	528	863	1 143	11 388	944
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	13	-	-	-	-	-	-	-
3.1 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, au début de l'ex. inventorié (1)	14	13 345	9 852	11 974	12 274	14 449	157 278	0
3.2 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'ex. inventorié (1)	15	13 796	8 738	11 511	11 581	13 344	149 507	22 381
4 - Charge nette de recours (1) (égal à 1 + 2 + 3.2)	16	20 391	14 016	14 767	13 843	15 328	364 771	23 325
Dont charge nette de recours dépassant 200 000 € pour les sinistres dont la charge dépasse ce niveau	17	4 400	5 209	3 637	3 437	3 769	102 123	2 868
5 - Nombre de sinistres	18	732	801	737	611	644	14 721	595
Dont nombre de sinistres dont la charge nette de recours dépasse 200 000 €	19	14	5	8	11	7	162	14
6 - Coût moyen net de recours (égal à 4/5) en euros	20	27 856	17 498	20 036	22 656	23 802	24 779	39 202
7.1 - Primes acquises à l'année	21	23 528	22 181	21 272	20 379	20 104	349 153	21 133
7.2 - Primes émises à l'année, quel que soit leur exercice de rattachement	22	23 540	21 535	20 712	21 097	20 788	345 376	21 454
7.3 - Provision pour primes non acquises à la clôture de l'exercice (2)	23	2 469	2 202	2 399	2 416	3 383	-	10 490
8 - Rapport S / P (en %)	24	86,7%	63,2%	69,4%	67,9%	76,2%	-	110,4%

Annexe D. Agrégation des états FR21-CH 2022 (Chirurgie)

		A: Nombre de risques, nombre de contrats, nombre et coût des sinistres			
		Nombre de contrats		Nombre de risques	
A l'ouverture de l'exercice	01		10 557		10 774
A la clôture de l'exercice	02		10 397		10 641
		Nombre de sinistres		Coût total des sinistres	
Déclarés dans l'exercice	03		2 065		61 594
Clos dans l'exercice	04		2 289		59 641

		B: Coût et rapport S/P par année de rattachement des sinistres						
ANNEE DE RATTACHEMENT		2017	2018	2019	2020	2021	Total antérieurs	2022
1 - Cumuls paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs	10	37 352	21 152	13 517	7 087	2 898	803 693	0
Dont capitaux de rentes constitués au cours des ex. Antérieurs	11	-	467	-	-	-	2 664	0
2 - Paiements, nets de recours, au cours de l'ex. inventorié	12	9 028	7 588	6 019	5 048	4 373	62 752	2 881
Dont capitaux de rentes constitués au cours des ex. Antérieurs	13	-	300	-	-	-	559	-
3.1 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, au début de l'ex. inventorié (1)	14	61 600	67 431	47 768	76 459	69 218	581 116	0
3.2 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'ex. inventorié (1)	15	46 304	61 602	50 263	60 553	66 428	508 385	65 574
4 - Charge nette de recours (1) (égal à 1 + 2 + 3.2)	16	92 684	90 343	69 799	72 688	73 700	1 374 830	68 454
Dont charge nette de recours dépassant 200 000 € pour les sinistres dont la charge dépasse ce niveau	17	32 821	44 198	25 927	21 346	23 609	327 060	8 403
5 - Nombre de sinistres	18	2 517	2 403	2 371	2 213	2 192	46 021	1 894
Dont nombre de sinistres dont la charge nette de recours dépasse 200 000 €	19	72	70	50	46	42	908	15
6 - Coût moyen net de recours (égal à 4/5) en euros	20	36 823	37 596	29 439	32 846	33 622	29 874	36 143
7.1 - Primes acquises à l'année	21	69 957	66 366	65 492	67 009	65 042	946 500	66 880
7.2 - Primes émises à l'année, quel que soit leur exercice de rattachement	22	71 042	69 135	68 589	69 772	66 548	979 569	67 873
7.3 - Provision pour primes non acquises à la clôture de l'exercice (2)	23	24 347	21 383	21 541	22 772	24 056	-	37 161
8 - Rapport S / P (en %)	24	132,5%	136,1%	106,6%	108,5%	113,3%	-	102,4%

Annexe E. Agrégation des états FR21-AS 2022 (Autres Spécialités)

		A: Nombre de risques, nombre de contrats, nombre et coût des sinistres			
		Nombre de contrats		Nombre de risques	
A l'ouverture de l'exercice	01		33 427		35 907
A la clôture de l'exercice	02		36 861		39 854
		Nombre de sinistres		Coût total des sinistres	
Déclarés dans l'exercice	03		1 435		30 141
Clos dans l'exercice	04		1 335		28 550

		B: Coût et rapport S/P par année de rattachement des sinistres						
ANNEE DE RATTACHEMENT		2017	2018	2019	2020	2021	Total antérieurs	2022
1 - Cumuls paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs	10	9 768	9 079	4 856	3 479	1 176	340 874	0
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	11	-	120	21	-	-	12 210	0
2 - Paiements, nets de recours, au cours de l'ex. inventorié	12	1 538	2 151	2 714	1 981	2 596	17 529	1 277
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	13	121	42	5	-	-	455	-
3.1 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, au début de l'ex. inventorié (1)	14	13 008	20 607	26 864	18 546	26 208	271 872	0
3.2 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'ex. inventorié (1)	15	11 169	16 256	23 930	15 829	25 755	273 335	29 151
4 - Charge nette de recours (1) (égal à 1 + 2 + 3.2)	16	22 475	27 486	31 500	21 288	29 527	631 738	30 428
Dont charge nette de recours dépassant 200 000 € pour les sinistres dont la charge dépasse ce niveau	17	8 916	10 235	11 616	7 802	16 464	180 287	7 602
5 - Nombre de sinistres	18	1 452	1 444	1 529	1 293	1 493	31 883	1 327
Dont nombre de sinistres dont la charge nette de recours dépasse 200 000 €	19	14	18	18	17	18	261	12
6 - Coût moyen net de recours (égal à 4/5) en euros	20	15 479	19 035	20 602	16 464	19 777	19 814	22 930
7.1 - Primes acquises à l'année	21	27 498	28 989	32 325	36 169	38 875	416 632	42 478
7.2 - Primes émises à l'année, quel que soit leur exercice de rattachement	22	27 428	29 900	33 304	39 327	38 972	431 987	42 597
7.3 - Provision pour primes non acquises à la clôture de l'exercice (2)	23	4 099	3 908	11 130	14 944	20 002	-	26 602
8 - Rapport S / P (en %)	24	81,7%	94,8%	97,4%	58,9%	76,0%	-	71,6%

Annexe F. Agrégation des états FR21-RC 2022 (Responsabilité Civile « Produits » uniquement)

		A: Nombre de risques, nombre de contrats, nombre et coût des sinistres			
		Nombre de contrats		Nombre de risques	
A l'ouverture de l'exercice	01		230		129
A la clôture de l'exercice	02		191		109
		Nombre de sinistres		Coût total des sinistres	
Déclarés dans l'exercice	03		62		975
Clos dans l'exercice	04		88		7 389

		B: Coût et rapport S/P par année de rattachement des sinistres							
ANNEE DE RATTACHEMENT		2017	2018	2019	2020	2021	Total antérieurs	2022	
1 - Cumuls paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs	10	5 383	1 370	802	292	24	29 658	0	
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	11	-	-	-	-	-	-	0	
2 - Paiements, nets de recours, au cours de l'ex. inventorié	12	122	102	359	1 141	75	2 373	20	
Dont capitaux de rentes constitués au cours des exs. Antérieurs	13	-	-	-	-	-	-	-	
3.1 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, au début de l'ex. inventorié (1)	14	426	1 104	8 131	3 167	3 022	60 612	0	
3.2 - Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'ex. inventorié (1)	15	738	1 366	9 213	2 680	4 813	62 231	5 825	
4 - Charge nette de recours (1) (égal à 1 + 2 + 3.2)	16	6 243	2 838	10 375	4 113	4 912	94 263	5 845	
Dont charge nette de recours dépassant 200 000 € pour les sinistres dont la charge dépasse ce niveau	17	3 310	170	7 798	525	-	66 527	0	
5 - Nombre de sinistres	18	73	68	62	62	52	906	34	
Dont nombre de sinistres dont la charge nette de recours dépasse 200 000 €	19	4	3	6	1	-	42	1	
6 - Coût moyen net de recours (égal à 4/5) en euros	20	85 518	41 736	167 333	66 337	94 454	104 043	171 920	
7.1 - Primes acquises à l'année	21	31 867	30 527	29 053	30 338	30 041	353 419	33 227	
7.2 - Primes émises à l'année, quel que soit leur exercice de rattachement	22	32 679	30 869	27 908	30 688	30 908	358 957	35 092	
7.3 - Provision pour primes non acquises à la clôture de l'exercice (2)	23	4	26	68	3	59	-	4 125	
8 - Rapport S / P (en %)	24	19,6%	9,3%	35,7%	13,6%	16,3%	-	17,6%	

Annexe G. Spécificités 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 privés²⁵, 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 santé²⁶, 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 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 subséquentes²⁷ et indemnisations supérieures aux plafonds de garantie)²⁸.

L'ONIAM peut exercer une action récursoire²⁹ 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.

²⁵ 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.

²⁶ Extrait du rapport d'activité 2021 du BCT, p.29 : « La quasi-totalité des décisions rendues en 2021 concerne des praticiens : 73 contre 79 en 2020 et 88 en 2019. Le BCT en 2021 a rendu 1 décision concernant 1 entreprise dont l'activité porte sur l'importation et la distribution de matériels médicaux gynécologiques ».

²⁷ Cf. Annexe H.

²⁸ Voir l'article L. 1142-15 du code de la santé publique.

²⁹ 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.

- 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 indemnités 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 libéral³⁰. Les conditions d'intervention du fonds sont rappelées au quatrième paragraphe de l'article L.1142-2 du code de la santé publique³¹ 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 indemnités 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)³² ;
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 2016³³ a étendu l'usage des recours collectifs³⁴.

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 labiles³⁵, des organes d'origine humaine ou animale ou encore des cosmétiques. 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).

³⁰ 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.

³¹ Voir l'article L. 1142-2 du code de la santé publique en annexe J.2.

³² Avant le 1^{er} janvier 2012, le montant minimal du plafond était de 3M€ par sinistre et de 10M€ par année d'assurance.

³³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

³⁴ Mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du Code de la Santé Publique.

³⁵ C'est-à-dire des produits issus de dons de sang et destinés à des patients.

Le 13 décembre 2016, l'Association des parents d'enfants souffrant du syndrome de l'anticonvulsivant (APESAC) a déposé la première action de groupe³⁶ 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'enfants³⁷. 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 code³⁸.

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 RCM³⁹. 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.

³⁶ <https://www.apesac.org/demarches/juridiques/25-action-de-groupe.html>

³⁷ « 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).

³⁸ Les produits de santé en question sont essentiellement des médicaments et des contraceptifs.

³⁹ Par exemple, la couverture de la responsabilité professionnelle des tatoueurs relève de la couverture de responsabilité médicale.

Annexe H. Spécificités réglementaires 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 2002⁴⁰ a rendu caduc ce raisonnement, le régime en base réclamation⁴¹ 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 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 subséquente⁴² 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 Comptables⁴³, 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.

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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.

⁴² La garantie subséquente est mentionnée à l'article L. 251-2 du code des assurances.

⁴³ Règlement N° 2015-11 du 26 novembre 2015 relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance.

Annexe I. **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.

Annexe J. **Articles de loi mentionnés dans le texte**

J.1. Article L. 4135-2 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.

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

Modifié par LOI n°2011-1977 du 28 décembre 2011 - art. 146 (V)

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'État, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion du 5°, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9, et des 11°, 14° et 15°, utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité.

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont également tenus au paiement de la contribution mentionnée à l'article L. 426-1 du code des assurances.

Une dérogation à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa peut être accordée par arrêté du ministre chargé de la santé aux établissements publics de santé disposant des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance.

Les contrats d'assurance souscrits en application du premier alinéa peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées par décret en Conseil d'État.

L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical.

Le crédit-bailleur de produits de santé ou le loueur assimilable au crédit-bailleur ne sont pas tenus à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa.

En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires.

J.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.

J.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.

J.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.

J.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 l'époque où 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.