

ASSEMBLÉE NATIONALE

7 juillet 2011

**MODIFICATION DE LA LOI N° 2009-879 PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL
(Deuxième lecture) - (n° 3623)**

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 76

présenté par
le Gouvernement-----
ARTICLE 24

Substituer les alinéas 1 à 3 les vingt et un alinéas suivants :

« I. – 1°) Le Titre II du Livre IV du code des assurances est complété par un chapitre VI intitulé : « Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé » et comprenant un article L. 426-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 426-1 - I.* – Un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et mentionnés à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique lorsque ces dommages engagent leur responsabilité civile professionnelle est chargé d'indemniser, dans la limite de ses ressources, pour la part de leur montant excédant le plafond mentionné à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, les préjudices subis par les victimes et, en cas de décès par leurs ayants droits.

« La gestion comptable, financière et administrative du fonds est assurée par la caisse centrale de réassurance 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.

« II - Le fonds est alimenté par une contribution forfaitaire à la charge des professionnels de santé mentionnés au I, dont le montant est fixé par décret. Ce montant peut être, le cas échéant, modulé en fonction de la profession exercée. Cette contribution est perçue par les organismes d'assurance et reversée au fonds dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« III- Les transactions conclues par les organismes d'assurance ou par l'office institué à l'article L1142-22 du code de la santé publique auxquelles le fonds n'est pas partie ne lui sont pas opposables.

« IV Sauf disposition contraire, un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

2°) Le chapitre II du titre IV du livre premier de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Après le troisième alinéa de l'article L. 1142-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

b) À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1142-14, les mots « ainsi que l'office institué à l'article L. 1142-22. », sont remplacés par les mots : « , l'office institué à l'article L. 1142-22, ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels est ou était affiliée la victime lors du dommage qu'elle a subi. ».

c) À la première phrase de l'article L. 1142-16, après le mot : « assureur, » sont insérés les mots : « du fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances, ».

d) À l'article L. 1142-17-1, après le mot : « assureur » sont insérés les mots : « , et le cas échéant, au fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances ».

e) L'article L. 1142-21 est ainsi modifié :

i) Au dernier alinéa, après le mot : « assureur » sont insérés les mots : « et au fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances ».

ii) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la juridiction compétente, saisie d'une demande d'indemnisation des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins dans un établissement de santé, estime que les dommages sont imputables à un professionnel de santé libéral au titre du I de l'article L. 1142-1 et que l'indemnisation dépasse les plafonds de garantie des contrats d'assurance de ce professionnel, le fonds institué à l'article L. 426-1 du code des assurances est appelé en la cause s'il ne l'avait pas été initialement. Il devient défendeur en la procédure. »

f) L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1142-21-1.* – Lorsqu'un médecin, régi au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, ou lorsqu'une sage-femme, régie au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-9 du même code, et exerçant dans un établissement de santé, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un accident médical et que le délai de validité de la couverture d'assurance du médecin ou de la sage-femme garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L.1142-22 du présent code est substitué au professionnel concerné.

« Les dispositions du précédent alinéa ne sont applicables que si l'office institué à l'article L. 1142-22 du présent code est appelé en la cause. »

3°) Le dispositif prévu au 1°) est applicable à tous les accidents médicaux consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins faisant l'objet d'une réclamation au sens de l'article L. 251-2 du code des assurances, à compter du 1^{er} janvier 2012, quelle que soit la date du fait générateur du dommage.

4°) Le 2°) entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le 1°) crée un dispositif de mutualisation des risques encourus par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et mentionnés à l'article L.1142-1 du code de la santé publique, au titre de leur responsabilité civile professionnelle. Ce dispositif de mutualisation vise les sinistres dont le montant excède un plancher et ne dépasse pas un plafond fixés par décret. Sa gestion est confiée à la caisse centrale de réassurance.

Ce dispositif prendrait ainsi la forme d'un fond de garantie, qui pourrait couvrir les sinistres au-delà d'un certain seuil, 8M€ par exemple, en contrepartie d'une contribution obligatoire de tous les professionnels de santé. Ce dispositif présente l'avantage de limiter le montant des cotisations demandées aux professionnels de santé. Ce dispositif de mutualisation nécessite de compléter les missions de la CCR et de mentionner parmi ses recettes les cotisations des professionnels de santé pour alimenter le fond de garantie. La CCR ne disposerait pas d'une possibilité d'action récursoire contre le professionnel.

Le 2°) prévoit les modalités d'articulation de la CCR avec l'ONIAM.

Le 3°) précise que le 1°) sera applicable dès le 1er janvier 2012 à tous les accidents médicaux qui ont fait l'objet d'une réclamation, quelle que soit la date du fait générateur afin de laisser le temps aux autorités de prendre le décret d'application et à la CCR d'assurer l'opérationnalité du dispositif.

Le 4°) précise que les dispositions du 2°) qui modifient le code de la santé publique entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2012.