



**HAL**  
open science

## L'influence de l'assurance sur le droit de la santé

Lydia Morlet-Haïdara

► **To cite this version:**

Lydia Morlet-Haïdara. L'influence de l'assurance sur le droit de la santé. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2017, 15. hal-04207574

**HAL Id: hal-04207574**

**<https://hal.science/hal-04207574>**

Submitted on 14 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Lydia Morlet-Haidara**

Maître de conférences à l'Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé, Inserm UMR S 1145

## L'influence de l'assurance sur le droit de la santé<sup>1</sup>

En amont de cette analyse sur le rôle que peut jouer l'assurance dans les mutations du Droit de la santé, il n'est peut-être pas inutile de convaincre de la réalité de l'influence assurantielle en prenant des exemples en dehors du domaine médical.

Comme a pu le démontrer Geneviève Viney dans sa thèse en 1963, c'est plus particulièrement l'assurance de responsabilité civile qui est de nature à influencer sur les règles de la responsabilité<sup>2</sup>.

On trouve une illustration très convaincante de l'influence de l'assurance dans la gestation de la loi du 5 juillet 1985<sup>3</sup> consacrée à l'indemnisation des victimes d'accidents de la circulation et dont les dispositions ont évolué au regard de considérations assurantielles. La volonté initiale du législateur était d'assurer le même traitement protecteur à toutes les victimes d'accidents automobiles en ne leur opposant leur faute que dans des cas très exceptionnels. Une telle évolution supposait néanmoins de réduire considérablement les possibilités d'exonération du responsable, ce qui aurait conduit à une très forte augmentation du coût des sinistres et donc, par ricochet, du montant des primes d'assurance. Sous cette menace, le législateur a dès lors fait le choix d'un compromis consistant à sacrifier le conducteur victime en lui opposant sa faute simple afin que les victimes non-conductrices puissent bénéficier d'un sort plus avantageux. Cette expérience passée interroge d'ailleurs sur la possible réaction des assureurs face au projet de réécriture de cette législation dans le cadre de la réforme de la responsabilité civile<sup>4</sup>.

Au-delà de la sphère juridique, l'influence de l'assurance a également conduit à faire évoluer certaines pratiques. Ainsi, les assureurs ne seraient pas étrangers à la réforme des règles du rugby relatives à l'effondrement des mêlées. Ils ont en effet soutenu que les anciennes règles étaient source de lourds traumatismes très coûteux à couvrir.

De manière plus anecdotique, on peut enfin citer les mutations des techniques des ramoneurs qui majoritairement ne montent plus sur les toits mais opèrent par le foyer en faisant remonter un goupillon dans le conduit de cheminée. Les contrats d'assurance de responsabilité civile de ces professionnels exigent en effet des règles de sécurisation très (trop) strictes qui ont amené à faire évoluer les pratiques.

Si les champs d'influence de l'assurance s'avèrent dès lors multiples, c'est probablement dans le domaine médical que cette influence s'avère la plus évidente.

Dans l'esprit de ce colloque, consacré au droit de la santé d'une décennie à l'autre, une première partie sera consacrée à l'influence passée de l'assurance, la seconde tentera une prospective en envisageant ses influences présentes et futures.

A titre liminaire, il importe de remarquer qu'il s'agira tout aussi bien de décrire l'influence de la couverture assurantielle des différents risques que de faire état du rôle joué par le lobby des assureurs. On précise d'ailleurs que ces derniers font désormais lobby commun<sup>5</sup>, la Fédération Française de l'Assurance (FFA)<sup>6</sup> réunissant dorénavant les deux grandes familles d'assurance par fusion de la FFSA<sup>7</sup> et du GEMA<sup>8</sup>.

### I. Les influences passées de l'assurance

Cinq niveaux d'influence ont pu être identifiés qui seront successivement envisagés.

#### A. L'influence sur la détermination des règles de la responsabilité médicale

L'assurance de responsabilité civile est évidemment salvatrice en ce qu'elle permet la protection du patrimoine de l'assuré tout en conférant une garantie d'indemnisation aux victimes. Au regard de cette double vertu, l'assurance responsabilité civile s'est développée jusqu'à devenir obligatoire dans de nombreux secteurs. Cette garantie s'avère en effet indispensable au développement d'activités et donc à l'économie Française. Cette omniprésence de l'assurance s'est cependant révélée problématique dans un contexte de crise de l'assurance responsabilité civile médicale au début des années 2000.

Cette crise a résulté d'une importante augmentation de la sinistralité en matière médicale, tant en termes de coûts d'indemnisation, les sinistres s'avérant de plus en plus chers, que de fréquence d'engagement de la responsabilité des assurés. Les professionnels de santé étaient en effet

1 - La forme orale de la contribution a été très largement conservée.

2 - Le déclin de la responsabilité individuelle, LGDJ, 1963. Thèse rééditée dans la collection Anthologie du Droit.

3 - Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

4 - V. l'avant projet de réforme du 29 avril 2016, soumis à consultation publique : [http://www.textes.justice.gouv.fr/art\\_pix/avpj-responsabilite-civile.pdf](http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/avpj-responsabilite-civile.pdf)

5 - Lire le monde économique du 7 juillet 2016, article de D. Gallois et J. Grandin de l'Epreuvier.

6 - Instance mise en place depuis juillet 2016 avec à sa tête Bernard Splitz, ancien président de la FFSA.

7 - La Fédération Française des Sociétés d'Assurances.

8 - Le Groupement des Entreprises mutuelles d'Assurance.

facilement déclarés responsables sur le fondement de fautes incluses<sup>9</sup> ou de poussière de fautes ou encore du fait de la reconnaissance d'un régime de responsabilité sans faute en cas d'infection nosocomiale<sup>10</sup>.

Les assureurs ont répondu à cette aggravation du risque par une très forte augmentation des primes d'assurance. Certains ont même prétendu que le risque médical n'était plus assurable dans ces conditions et ont envoyé de nombreuses lettres de résiliation de contrats à leurs assurés. Or, un professionnel ou un établissement de santé ne peut continuer d'exercer sa mission sans couverture assurantielle.

Le législateur se devait donc d'intervenir et certaines des dispositions de la loi du 4 mars 2002<sup>11</sup> furent adoptées sous la pression des assureurs. Il en va ainsi de l'abandon de la jurisprudence Bianchi<sup>12</sup> et donc du refus de mettre l'aléa thérapeutique à la charge des professionnels de santé ou des établissements. Egalement, de l'anéantissement de la responsabilité sans faute des médecins en cas d'infections nosocomiales. Ou encore, de la remise en cause de la jurisprudence Perruche par l'article premier de cette loi<sup>13</sup>. Il faut enfin insister sur le fait que si la loi Kouchner a entendu consacrer le principe de la responsabilité pour faute, l'esprit de la loi a été d'exiger une faute stricte.

Le législateur a ainsi répondu aux attentes des assureurs, et de leurs assurés, afin de rétablir l'assurabilité du risque médical en réformant les règles de la responsabilité.

### B. L'influence sur les conditions d'octroi de la solidarité nationale

La loi Kouchner prévoit désormais, au titre de l'article L. 1142-1 alinéa 2 du code de la santé publique, que les établissements de santé sont responsables sans faute en cas d'infections nosocomiales.

Les assureurs s'étaient plaints de la trop lourde charge que cette disposition faisait peser sur leurs mutualités. Ils ont été entendus puisque la loi About du 30 décembre 2002<sup>14</sup> a organisé une prise en charge par la solidarité nationale des infections les plus graves, c'est à dire celles qui occasionnent le décès du patient ou un déficit fonctionnel supérieur à 25 %.

Grâce à cet aménagement législatif, la garantie des assureurs se limite désormais aux sinistres nosocomiaux les moins lourds. Cette loi a bien été adoptée au seul bénéfice des

assureurs puisque les victimes bénéficiaient déjà d'un régime de responsabilité sans faute en la matière, la modification consistant seulement en un changement de débiteur selon la gravité du dommage subi. La prise en charge des patients risque néanmoins d'être inférieure en cas d'indemnisation par la solidarité nationale car les barèmes de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) ne garantissent pas toujours une prise en charge intégrale<sup>15</sup>.

Dans le même registre, on peut également citer la loi du 9 août 2004<sup>16</sup> qui a permis l'allègement de la responsabilité des promoteurs de recherches biomédicales en mettant les dommages non fautifs à la charge, là encore, de la solidarité nationale.

### C. L'influence sur les modalités de règlement des sinistres

On peut tout d'abord évoquer une clause, systématiquement intégrée dans les contrats d'assurance de responsabilité civile, qui permet aux assureurs d'interdire à leurs assurés de transiger directement avec les patients victimes. L'article L. 124-2 du code des assurances autorise l'intégration de telles clauses<sup>17</sup>.

Cette interdiction met largement en échec la voie de la médiation organisée au sein des établissements de santé alors qu'elle pourrait constituer un intéressant moyen alternatif de règlement des litiges<sup>18</sup>. L'exemple de l'Assistance Publique-Hopitaux de Paris (AP-HP) conforte cette affirmation. En effet cette entité, qui est autorisée à être son propre assureur, peut librement recourir à la transaction ce qui lui permet d'avoir un taux de règlement amiable de l'ordre de 70 % contre seulement 30 % hors AP-PH.

La présence de l'assureur influe également sur les modalités de recours à la justice.

Le plus souvent, les tribunaux sont en effet saisis pour la seule obtention d'un référé expertise, la voie judiciaire étant ensuite abandonnée. Cette situation s'explique par une perte de confiance dans l'impartialité des médecins conseils d'assurance qui sont amenés à examiner le patient victime dans le cadre d'une procédure de règlement amiable directe. Il faut en effet rappeler que ces médecins experts sont rémunérés par l'assureur chargé d'indemniser la victime, ce qui conduit à douter de l'objectivité de leur évaluation des préjudices.

L'influence de l'assurance se fait également ressentir dans le

9 - Voir not. deux arrêts du même jour : Cass., civ. 1<sup>ère</sup>, 23 mai 2000, n° 98-20440 (atteinte d'un nerf lors de l'extraction d'une dent de sagesse) ; Cass., civ. 1<sup>ère</sup>, 23 mai 2000, n° 98-19869 (sectionnement d'une artère lors d'une opération du genou).

10 - 3 arrêts : Cass., civ. 1<sup>ère</sup>, 29 juin 1999, n° 97-15818, n° 97-14254 et n° 97-21903.

11 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

12 - CE, 9 avril 1993, n° 69336.

13 - Cass., Ass. plén. 17 nov. 2000, n° 99-13701.

14 - Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale.

15 - V. notre article sur la question : Solidarité nationale et mise en œuvre du principe de réparation intégrale, JDSAM 2016, n°1, p.35

16 - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

17 - Article L. 124-2 du Code des assurances : « L'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui sont opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité ».

18 - Pour une présentation de ce dispositif : M.-L. Moquet-Anger, Droit hospitalier, 3<sup>ème</sup> éd., LGDJ, 2014, p. 378.

cadre du fonctionnement des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI). Notre statut de membre de la CCI d'Ile de France, nous permet en effet de témoigner du fait que la commission hésite à s'écarter trop largement des conclusions de l'expertise par crainte que les assureurs refusent alors de payer, ces derniers considérant que l'avis de la commission ne s'impose pas à eux. Un tel refus de prise en charge supposera alors que la victime saisisse la justice pour obtenir satisfaction.

Les assureurs ne sont pas non plus étrangers au relatif échec de la procédure de conciliation du dispositif CCI, ceux-ci refusant généralement de payer dans ce cadre décisionnel.

On peut enfin considérer que la présence de l'assureur nuit parfois à la recherche effective des responsabilités. Tel peut être le cas lorsqu'un même assureur couvre plusieurs médecins mis en cause. Il risque alors de ne pas s'évertuer à débattre sur la part de responsabilité de chacun puisqu'il devra de toutes manières payer l'intégralité du sinistre.

#### D. L'influence sur les modalités de couverture du risque médical

Les assureurs ont connu un premier succès consistant en la légalisation des clauses réclamation dites aussi clause *claim's made*. Nous renvoyons à des lectures consacrées au sujet pour le détail du fonctionnement de ces clauses et nous contentons ici d'indiquer que la clause réclamation consiste à réduire la garantie de l'assureur à une durée inférieure à celle de l'engagement de la responsabilité de l'assuré. Du fait de l'application de ces clauses, un médecin risque dès lors de ne plus être couvert par son assurance alors pourtant qu'il peut encore être poursuivi par un patient et devra alors l'indemniser sur son patrimoine personnel.

Un arrêté du 27 juin 1980 autorisait initialement la stipulation des clauses réclamation dans les contrats d'assurance. Du fait de leur dangerosité, elles ont ensuite été interdites par la jurisprudence. D'abord par la Cour de cassation en 1985<sup>19</sup>, puis 1990<sup>20</sup> et enfin, plus de 10 ans après, par les juridictions administratives<sup>21</sup>. Les deux ordres juridictionnels considéraient que « ...le versement des primes pour la période qui se situe entre la prise d'effet du contrat et son expiration a pour contrepartie nécessaire la garantie des dommages qui trouvent leur origine dans un fait qui s'est produit pendant cette période ».

Malgré cette affirmation, et sous la pression des assureurs dans un contexte de crise de l'assurance de responsabilité civile médicale, ces clauses ont finalement été légalisées par la loi About du 30 décembre 2002 dans le cadre de la couverture du risque médical. Les assureurs ont par la suite obtenu la légalisation de ces clauses, tous domaines confondus, par une loi du 1<sup>er</sup> août 2003<sup>22</sup>.

19 - Cass., civ. 1<sup>ère</sup>, 22 janvier 1985, Bull. n° 28.

20 - Cass., civ. 1<sup>ère</sup>, 19 décembre 1990, Bull. n° 303.

21 - CE., sect. 29 décembre 2000, Beule et autres, nos 212338 et 215243.

22 - Loi n° 2003-706 du 1<sup>er</sup> août 2003 de sécurité financière.

Ces clauses sont heureusement strictement règlementées par l'article L. 124-5 du code des assurances. Mais des difficultés perdurent occasionnant ce qu'il est coutume d'appeler des « trous de garanties ». Afin de faire face à ce désengagement des assureurs, les professionnels de santé libéraux ont dû s'organiser en créant une sorte de fonds de garantie qu'ils financent eux-mêmes à hauteur de 15 à 25 euros par an selon leur spécialité. La loi de finance du 28 décembre 2011<sup>23</sup> a ainsi permis la création du 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 (FADPS), celui-ci étant règlementé par l'article L. 426-1 du code des assurances.

Au-delà de la seule reconnaissance de la validité des clauses *claim's made* les assureurs ont connus d'autres victoires.

En premier lieu, on peut rappeler que la loi sécurité financière de 2003 a également permis la validité de la clause de globalisation des sinistres qui permet de considérer des dommages provoqués par un même fait générateur comme un sinistre unique. L'article L. 124-1-1 du code des assurances dispose en effet qu'« Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique ». Ce raisonnement permet de faire jouer la seule garantie du contrat de l'année de survenance du fait générateur considéré comme unique. Il en résultera une limitation de l'engagement de l'assureur puisqu'il ne sera pas tenu au-delà de l'épuisement du plafond de garantie de l'année concernée et ce, même si les sinistres s'étalent sur plusieurs années.

Par un décret de 2004<sup>24</sup>, les assureurs ont également eu gain de cause sur la liberté de fixation des plafonds de garantie des assurances de responsabilité civile, le texte affirmant que « Le contrat précise les conditions d'application du plafond de garantie ». Cette liberté est dangereuse en ce qu'elle permet d'attirer les assurés vers des assurances moins chères dont le niveau de protection est évidemment moindre. Dans le domaine sensible de la couverture du risque médical une réglementation des plafonds eût été heureuse à l'instar de celle applicable aux dommages corporels survenus dans le cadre d'un accident de la circulation, la garantie étant alors illimitée.

Il faut préciser que la liberté mentionnée ne vaut pas pour l'assurance responsabilité civile des professionnels libéraux, l'usage des plafonds étant ici règlementé. Si leur montant relève de la liberté contractuelle, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, ces plafonds ne peuvent cependant être inférieurs à 8 millions d'euros par sinistre et 15 millions d'euros par année<sup>25</sup>.

23 - Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

24 - Décret n° 2004-1284 du 26 novembre 2004 relatif à la garantie subséquente des contrats d'assurance de responsabilité et modifiant le code des assurances en sa partie réglementaire.

25 - Décret n° 2011-2030 du 29 décembre 2011 relatif aux plafonds de garantie mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

### E. L'influence de l'assurance sur les pratiques médicales et l'accès aux soins

Le propos s'avère ici moins juridique mais méritait d'être tenu dans le cadre de cet article consacré de manière générale à l'influence de l'assurance sur le Droit de la santé.

On peut tout d'abord noter que certains professionnels de santé, font évoluer leurs activités en fonction du coût de leur assurance. Une tendance est par exemple constatée chez certains obstétriciens-gynécologues qui cessent de réaliser les échographies morphologiques et adressent leurs patientes à des centres spécialisées en leur expliquant que cette pratique à risques est devenue trop chère à assurer.

Dans le même sens, peut-être constatée une tendance des cliniques à se désengager des actes d'accouchement, ce qui transfère malheureusement ce risque très lourd sur les établissements de santé publics dont la situation financière est déjà précaire.

On déplore également une inclination de certains médecins à faire de la médecine dite défensive qui consiste à multiplier les examens de diagnostic, à privilégier certaines pratiques ou à renoncer à d'autres plus à risques. Ce réflexe explique peut-être par exemple l'explosion du nombre de césariennes et d'épisiotomies. En 30 ans, un doublement des césariennes peut en effet être constaté, celles-ci étant réalisées dans 10,9 % des accouchements en 1981 contre 20,8 % en 2010.

Il semble également que la considération assurantielle participe à la désertion de certaines spécialités médicales à risques.

La question de la souscription des assurances de responsabilité civile est par ailleurs de nature à influencer sur les opérations de regroupement des cliniques.

On note enfin que bon nombre de médecins souscrivent, par facilité, auprès de la même entreprise d'assurance que celle qui couvre la structure dans laquelle ils travaillent. Ce réflexe s'avère tout d'abord regrettable en ce qu'il est de nature à créer des conflits d'intérêts lorsque surviennent des interrogations sur l'imputabilité d'un dommage à l'établissement de santé ou au médecin à titre personnel.

Par ailleurs, du fait de ces modalités de souscription les médecins assurés doivent parfois mettre fin aux vacances qu'ils réalisent auprès d'autres structures, ce qui est de nature à compliquer le recrutement dans les petites entités et ne favorise pas une bonne répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

Cette première partie aura permis de démontrer que l'assurance a joué un rôle majeur dans les choix opérés en matière de santé<sup>26</sup>. Voyons à présent, dans une seconde partie, ce que nous réserve l'avenir.

## II. Les influences présentes et futures de l'assurance

Certaines mutations sont déjà engagées, d'autres sont à venir ce qui impliquera des propos plus prospectifs.

Des nouveaux champs d'influence seront évoqués **(B)** après avoir envisagé les possibles impacts du développement de trois formules d'assurance qui permettent à l'assuré de se couvrir contre son propre risque **(A)**.

### A. L'influence à venir de trois formules d'assurances directes

Entre dans la garantie des assurances directes les formules à l'occasion desquelles le souscripteur s'assure contre son propre risque, par opposition aux assurances de responsabilité civile qui protègent l'assuré contre les dommages qu'il est susceptible de causer aux autres, d'où le terme bien connu « d'assurance au tiers ». La souscription de ces assurances directes, relève pour une large part d'une démarche de prévoyance de l'assuré. On évoquera successivement l'impact du développement de la complémentaire santé **(a)**, de l'assurance accidents corporels **(b)** et de l'assurance dépendance **(c)**.

#### a. L'influence de l'essor des complémentaires santé

Une première remarque peut être proposée relativement au développement des réseaux de santé mutualistes qui sont indirectement de nature à limiter le libre choix des patients. On nous objectera que ces derniers conservent la possibilité de consulter en dehors du réseau, mais ils seront alors moins bien pris en charge ce qui oblige donc à relativiser la liberté octroyée.

Par ailleurs, si l'on peut s'inquiéter des garanties minimales, voire minimalistes, souscrites au titre de la complémentaire santé obligatoire des salariés, il est par contre heureux que ces garanties constituent des instruments de régulation grâce à la réforme des contrats responsables. Créés en 2005, ces contrats représentent aujourd'hui 94 %<sup>27</sup> des formules souscrites et doivent fonctionner dans le respect d'une réglementation qui vise à favoriser la mise en œuvre d'un certain nombre de politiques gouvernementales (désignation d'un médecin référent, franchise sur les consultations et les médicaments). Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015<sup>28</sup>, la réglementation de ces contrats a évolué s'agissant de la prise en charge des dépassements d'honoraires. Désormais, une telle prise en charge doit être plafonnée à 125 % du tarif opposable et, en 2017, à 100 %. Cette évolution devrait être de nature à inciter les médecins à limiter leurs dépassements.

Le rôle des complémentaires santé ne sera pas non plus neutre dans la généralisation du tiers payant. Le succès de la réforme dépend en effet largement de la capacité des

26 - A ce titre, il est d'ailleurs surprenant que le livre blanc du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), de janvier 2016 et relatif à l'avenir de la santé, n'ait pas consacré de développements particuliers à l'assurance, seule la place des complémentaires santé ayant été discutée : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_lb\\_grande\\_consultation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_lb_grande_consultation.pdf)

27 - Chiffre proposé en juillet 2013 dans un avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_avis\\_180713-2.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_180713-2.pdf)

28 - Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.



complémentaires à organiser un flux unique de paiement. Un rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé a été remis le 17 février 2016 et est consacré « aux solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé »<sup>29</sup>, le dispositif devant être effectif pour novembre 2017.

On peut craindre que cette réforme conduise à masquer un désengagement de l'État dans le remboursement des soins. Dans un premier temps, le déremboursement des médicaments deviendra en effet indolore pour les patients, ceux-ci n'ayant plus à faire l'avance des frais. Néanmoins, les complémentaires répercuteront nécessairement ce surcoût sur leurs tarifs, ce qui produira une augmentation de ces assurances à laquelle le patient sera cette fois sensible.

Certaines déclarations politiques récentes<sup>30</sup> ont d'ailleurs de quoi inquiéter car leurs mises en œuvre devraient avoir un impact conséquent sur le prix des complémentaires santé, celles-ci risquant d'être plus largement sollicitées pour pallier un désengagement de l'État dans la prise en charge des frais de soins. Un nouvel équilibre semble dès lors se dessiner entre solidarité et recours à l'assurance privée...

#### b. L'influence de l'essor des assurances accidents corporels

Comme précédemment indiqué, ces différentes garanties relèvent d'une démarche de prévention du patient qui est ici souscripteur et s'assure contre son propre risque.

On pense ici par exemple à la garantie des accidents de la vie (la GAV) susceptible de couvrir les accidents médicaux ou à la garantie hospitalisation qui offre un forfait journalier permettant de couvrir les frais d'un séjour en établissement de santé (déplacements honoraires, chambre individuelle, frais de déplacement, etc).

D'une fait d'une démarche de commercialisation très active, ces assurances sont appelées à se développer et il serait surprenant que leur essor reste sans effet. On pourrait ainsi imaginer que les pouvoirs publics laissent à la charge du patient une plus large part du risque médical puisque celui-ci serait couvert<sup>31</sup>. Il deviendrait en effet moins utile de développer les dispositifs de solidarité, voire les régimes de responsabilité, si la victime bénéficie déjà d'un dispositif de protection susceptible de la prendre en charge. Va peut-être d'ailleurs déjà dans ce sens le refus de prise en charge d'un aléa médical survenu à l'occasion d'une chirurgie purement esthétique (et probablement demain d'un acte de circoncision rituelle), le gouvernement ayant considéré que les conséquences dommageables de ces interventions n'avaient pas à relever de la solidarité mais d'une démarche de prévention individuelle.

29 - [https://www.mutualite.fr/content/uploads/2016/02/Rapport-TPG\\_2016-16-02.pdf](https://www.mutualite.fr/content/uploads/2016/02/Rapport-TPG_2016-16-02.pdf)

30 - On pense évidemment à celles de François Fillon.

31 - Voir notre démonstration dans ce sens : L'influence de l'assurance directe sur le système d'indemnisation de Droit privé, thèse Université du Maine, 2003.

#### c. L'influence de l'essor de la garantie dépendance

Face au défi du vieillissement de la population les gouvernements successifs réfléchissent à la création d'une 5<sup>ème</sup> branche de l'assurance maladie<sup>32</sup>. L'effort de solidarité risque cependant de ne pas suffire pour la prise en charge intégrale de ce nouveau risque, chacun devant dès lors être amené à assumer partiellement sa dépendance.

Les politiques devront décider de la part de risque que chacun devra supporter par le biais d'une éventuelle souscription d'une assurance dépendance. Actuellement seule 10 à 15 % de la population serait couverte par ce genre de garantie mais cette part sera nécessairement amenée à croître et de manière plus ou moins conséquente selon les choix réalisés, le sujet s'avérant très sensible aux différences de philosophie entre la droite et la gauche.

A travers la présentation rapide de ces trois garanties d'assurance, on comprend que le patient devrait être conduit, dans le futur, à devoir assumer plus largement son propre risque en matière de santé.

Envisageons pour finir d'autres champs sur lesquels l'assurance devrait avoir une influence dans l'avenir.

### B. Les champs d'influence futurs de l'assurance

On peut tout d'abord affirmer que les assureurs continueront de peser sur les modalités de prise en charge du dommage corporel.

Leur lobby œuvre notamment pour la généralisation de la barémisation des préjudices. La mise en place d'un référentiel d'indemnisation prévu dans le cadre de la réforme de la responsabilité civile est d'ailleurs de nature à répondre partiellement à leurs attentes<sup>33</sup>.

Les assureurs entendent également s'immiscer plus largement dans le processus d'indemnisation des victimes en prétendant construire avec elle un projet de vie<sup>34</sup>. Si l'ambition apparaît louable en ce qu'elle semble favoriser l'implication des assureurs et l'octroi de prestations plus en adéquation avec les besoins des victimes, cette évolution inquiète en ce qu'elle est de nature à octroyer un droit de regard sur l'utilisation des indemnités. Le risque serait alors une réduction de l'enveloppe indemnitaire en cas par exemple de non réalisation des travaux d'aménagement ou d'amélioration de l'état de la victime.

On peut pour finir évoquer rapidement deux derniers champs d'influence en partie liés : la prévention et les

32 - Nous renvoyons ici à nos publications sur le sujet : La dépendance, un nouveau défi pour l'assurance, Gaz. Pal. 2009, n°1 numéro spécial Droit des assurances, p. 3 ; Rapport de synthèse écrit sur la dépendance, à l'occasion de la publication des actes du colloque « La dépendance – regards croisés », Amiens le 8 octobre 2010, Revue Générale de Droit Médical, mars 2011, n° 38, p. 111.

33 - Réf. préc.

34 - V. Livre blanc sur l'indemnisation du dommage corporel, publié en 2008, par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance : [http://www.afforcump-sfp.org/doc\\_utiles/livre\\_blanc\\_indem\\_corporel\\_avril2008.pdf](http://www.afforcump-sfp.org/doc_utiles/livre_blanc_indem_corporel_avril2008.pdf)

nouvelles technologies. Les assureurs annoncent d'ailleurs publier en 2017 un livre blanc sur le thème « Innovation dans la e-santé/ Prévention ».

L'implication des assureurs dans ces deux domaines n'apparaît évidemment pas désintéressée puisque la prévention permet, a priori, de limiter les risques, et la e-santé de réduire les coûts de prise en charge.

Les initiatives des assureurs devront être attentivement suivies car le recours, notamment aux objets connectés, n'est pas sans risques en termes d'atteinte à la vie privée et au secret médical<sup>35</sup>.

## Conclusion

Ce rapide inventaire en forme de bilan et de réflexion prospective sur les champs d'influence passés et futurs de l'assurance et/ou du lobby des assureurs montre à quel point la dimension assurantielle doit être prise en compte dans l'analyse des évolutions en matière de santé.

Il importe d'ailleurs de consulter les assureurs à chaque réforme et de les impliquer officiellement afin d'éviter que leur influence, qui est réelle et inévitable, ne s'exerce de manière occulte et officieuse par le biais des lobbies.

**Lydia Morlet-Haidara**

.....  
35 - [cf. contribution d'Anne debet dans ce JDSAM.](#)