

LES **FONDAMENTAUX**

ASSURANCES DE DOMMAGES



# **ASSURANCE DU RISQUE PROFESSIONNEL EN SANTÉ**

Obligation d'assurance, souscription  
du contrat, garanties, procédures  
d'indemnisation

Jean-Philippe Vauthier

**L'ARGUS**  
de l'assurance  
ÉDITIONS



# SOMMAIRE

Liste des principales abréviations.....	7
Introduction.....	9
Sommaire .....	13

## **Livre I** **Le champ de l'assurance du risque professionnel en santé**

### **Première partie** **L'obligation d'assurance des acteurs de santé**

Chapitre I – Les personnes soumises à l'obligation d'assurance.....	19
Chapitre II – Le domaine de l'obligation d'assurance.....	59

### **Deuxième partie** **Le contrat d'assurance des acteurs de santé**

Chapitre I – La souscription du contrat d'assurance des acteurs de santé.....	83
Chapitre II – La garantie du contrat d'assurance des acteurs de santé .....	101

## **Livre II** **La mise en œuvre de l'assurance du risque professionnel en santé**

### **Première partie** **Les conditions de la mise en œuvre de l'assurance** **du risque professionnel en santé**

Chapitre I – Le fait dommageable.....	129
Chapitre II – Le préjudice indemnisable.....	181

**Deuxième partie**  
**Le mécanisme d'indemnisation**

Chapitre I – L'expertise d'évaluation du dommage corporel et de responsabilité .....	227
Chapitre II – Les procédures d'indemnisation.....	265
Bibliographie .....	299
Collection .....	301
Table des matières.....	303
Index alphabétique.....	311

## **Section I – Le domaine de l'assurance obligatoire prévue par l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique**

L'alinéa 1 de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique prévoit que les personnes concernées « sont tenu[es] 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 », « cette activité » désignant, selon le début de la phrase, les « activités de prévention, de diagnostic ou de soins ». Cette disposition permet ainsi de déterminer l'objet de la garantie obligatoire (I), distinguant alors l'assurance obligatoire des autres assurances que peuvent souscrire les acteurs de santé (II).

### **I – L'objet de la garantie obligatoire**

Deux éléments composent l'objet de l'assurance obligatoire prévue par l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique : d'une part, les activités qui doivent être garanties (A) et, d'autre part, les dommages qui doivent être couverts (B).

#### **A – Les activités devant être garanties : les actes de prévention, de diagnostic et de soins**

Les assurances que doivent souscrire les acteurs de santé couvrent la responsabilité qu'ils peuvent encourir en raison de l'exercice des activités de prévention, de diagnostic et de soins. Ces activités méritent ainsi d'être explicitées, mais s'il faut convenir que la notion d'acte de prévention ou de diagnostic est relativement claire (1°), celle d'acte de soins est plus complexe et a nécessité des précisions jurisprudentielles et législatives (2°).

##### **1° La définition aisée des activités de prévention et de diagnostic**

Les actes de prévention et de diagnostic sont relativement simples à identifier. Les actes de prévention sont ceux qui consistent à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de phénomènes pathologiques (vaccination, dépistages, prophylaxie médicamenteuse, etc.).

Les actes de diagnostic, quant à eux, « comprennent non seulement la démarche diagnostique intellectuelle, mais tout le processus technique complexe et parfois agressif et dangereux qui sous-tend cette démarche » (J. Penneau, E. Terrier, « Médecine : réparation des conséquences des risques sanitaires », Rép. civil Dalloz, 2020, n° 397). Ces activités n'appellent pas de précisions supplémentaires, ce qui n'est pas le cas en revanche pour la notion d'acte de soins.

##### **2° Les apports jurisprudentiels et législatifs sur la notion d'acte de soins**

Les actes de soins sont plus difficiles à cerner. Dans une conception large, « la notion de soins désigne de manière générale les actions par lesquelles une personne veille au bien-être de quelqu'un et lui porte une attention particulière. Dans le domaine de la santé, il s'agit plus précisément d'actes techniques et relationnels, destinés tant à maintenir ou rétablir la santé du patient qu'à répondre à ses besoins fondamentaux (soins médicaux, soins infir-

miers, soins d'hygiène, soins de confort, dialogue avec le patient...) » (M.-F. Callu, M. Girer, G. Rousset, Dictionnaire de droit de la santé, LexisNexis, 2017, p. 367). Les enjeux juridiques sont importants et la définition de la catégorie des actes de soins « donne classiquement lieu à discussion entre une conception stricte qui n'y comprend que les actes à visée thérapeutique et une conception souple qui ne limite pas les actes de soins aux seuls actes à visée thérapeutique, mais les étend à tout acte réalisé par un professionnel de santé » (J. Penneau, E. Terrier, « Médecine : réparation des conséquences des risques sanitaires », op. cit., n° 398). Formulé autrement, l'acte de soin peut se définir au regard d'un critère finaliste, tenant au but thérapeutique de l'acte pratiqué, ou d'un critère organique, lié à la qualité de professionnel de santé de celui qui l'exécute.

Moins pour savoir si l'activité en cause doit être assurée en application de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique, la question se pose avant tout au regard de l'article L. 1142-1, II, du même Code, qui prévoit un mécanisme de réparation au titre de la solidarité nationale en cas d'accident médical non fautif (hypothèse où la responsabilité du professionnel ou de l'établissement ne pourrait pas, en principe, être engagée). Outre des critères de gravité et d'anormalité du dommage, l'indemnisation de la victime d'un tel accident médical sera assurée par l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) si ce dommage est « directement imputable[s] à des actes de prévention de diagnostic ou de soins » (pour l'étude détaillée de ce mécanisme, voir infra p. 174 et s.). C'est donc notamment à l'occasion de ce contentieux que les contours de la notion d'acte de soins ont pu être précisés. Dans d'autres hypothèses, c'est la loi qui est venue apporter ces précisions. Afin de délimiter le champ matériel de l'obligation d'assurance prévue par l'article L. 1142-2, il convient ainsi d'évoquer les solutions retenues pour les différentes situations où s'est posée la question de savoir s'il s'agissait ou non d'un acte de soins : la chirurgie esthétique (a), la circoncision rituelle (b), l'accouchement naturel (c) et d'autres situations plus marginales (d).

### **a) Les actes de chirurgie esthétique**

Alors que les actes de chirurgie reconstructrice ou réparatrice relèvent sans ambiguïté de la catégorie des actes de soins, la qualification des actes de chirurgie esthétique de confort s'est posée en raison de leur absence de but thérapeutique, malgré leur exécution dans un cadre médicalisé. En dépit des objections de l'Oniam, la Cour de cassation s'est prononcée en faveur d'une conception souple de la notion d'acte de soins, dans un arrêt du 5 février 2014 (Civ. 1<sup>re</sup>, 5 févr. 2014, n° 12-29.140 : Bull. civ., n° 21). Elle a ainsi jugé que « les actes de chirurgie esthétique, quand ils sont réalisés dans les conditions prévues aux articles L. 6322-1 et L. 6322-2 du Code de la santé publique, ainsi que les actes médicaux qui leur sont préparatoires, constituent des actes de soins au sens de l'article L. 1142-1 du même code ». Les dommages subis à l'occasion d'un acte de chirurgie esthétique non fautif, ou lors des actes préparatoires à une telle chirurgie, ouvrent droit, avec cet arrêt, à une indemnisation selon les modalités de l'article L. 1142-1, II, du Code de la santé publique.

Cette appréciation devait toutefois être remise en cause par le législateur qui, par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (L. n° 2014-1554, 22 déc. 2014, JO 24 déc., texte n° 1), a inséré au Code de la santé publique un article L. 1142-3-1. Après avoir été complété par la loi Touraine du 26 janvier 2016, cet article prévoit à son I que « le dispositif de réparation des préjudices subis par les patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1 et aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité contraceptive, abortive, préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi ». Les actes à finalité non

thérapeutique, et notamment les actes de chirurgie esthétique, ne permettent donc plus de bénéficier d'une indemnisation par l'Oniam en cas d'accident médical, et ce dès lors que la demande est postérieure au 31 décembre 2014 (art. 70, II, L. n° 2014-1554 ; voir par exemple Civ. 1<sup>re</sup>, 9 déc. 2020, n° 19-10.114).

Du reste, si l'article L. 1142-3-1 du Code de la santé publique exclut expressément une prise en charge indemnitaire par la solidarité nationale des dommages subis à l'occasion d'actes sans but thérapeutique, cette disposition a été prise dans « un pur et simple souci d'économie » (F. Dekeuwer-Defossez, « Réflexions sur l'acte médical non thérapeutique », in J. Leonhard, B. Py, F. Vialla (dir.), *Mélanges en l'honneur de Gérard Méméteau*, tome 1, LEH éditions, 2015, p. 399). Il n'y a donc pas de remise en cause directe de la qualification jurisprudentielle de la chirurgie esthétique en acte de soins. Du point de vue de l'obligation d'assurance, les actes de chirurgie esthétiques appartiennent donc bien aux activités de soins pour lesquelles s'impose, en application de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique, la souscription d'une assurance destinée à garantir la responsabilité du professionnel ou de l'établissement.

Compléments bibliographiques :

- M. Bacache, « Oniam – Actes à finalité esthétique », note sur loi n° 2014-1554 du 22 déc. 2014 de financement de la Sécurité sociale pour 2015, *RTD civ.*, 2015, p. 212.
- S. Hocquet-Berg, « Actes de chirurgie esthétique : qualification », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 5 févr. 2014, n° 12-29.140, *RCA* mai 2014, comm. 166.
- P. Jourdain, « Les actes de chirurgie esthétique sont des "actes de soins" », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 5 févr. 2014, n° 12-29.140, *RTD civ.* 2014, p. 394.
- G. Lacoeuilhe, H. Chéreau, « L'acte de chirurgie esthétique, un acte de soins susceptible d'être pris en charge par l'Oniam », note sous Civ. 1<sup>re</sup>, 5 févr. 2014, n° 12-29.140, *RGDM* n° 52, sept. 2014, p. 57.
- J. Mattiussi, « L'exclusion de la solidarité nationale pour l'indemnisation de l'infection nosocomiale survenue à l'occasion d'un acte esthétique », note sous Civ. 1<sup>re</sup>, 9 déc. 2020, n° 19-10.114, *RDSS* 2021, p. 513.
- S. Porchy-Simon, « Inclusion des actes préparatoires et des actes de chirurgie esthétique dans le champ de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique », note sous Civ. 1<sup>re</sup>, 5 févr. 2014, n° 12-29.140, *D.* 2014, p. 697.
- F. Vialla, « Chirurgie esthétique : un acte de soin », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 5 févr. 2014, n° 12-29.140, *RDS* n° 59, mai 2014, p. 1236.
- P.-L. Vidal, « Application dans le temps de l'exclusion de prise en charge par l'Oniam des actes de chirurgie esthétique », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 9 déc. 2020, n° 19-10.114, *RDS* n° 101, mai 2021, p. 419.

## b) La circoncision rituelle

Avant même la loi du 4 mars 2002, qui a mis en place le mécanisme d'indemnisation par la solidarité nationale de l'accident médical non fautif, les juridictions administratives ont eu à se prononcer sur la qualification de la circoncision rituelle au regard de la jurisprudence Bianchi. Cette jurisprudence, issue de l'arrêt rendu par l'assemblée du Conseil d'État le 9 avril 1993, avait admis une responsabilité sans faute de l'hôpital en cas d'aléa thérapeutique. La haute juridiction administrative affirmait ainsi que, « lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence

est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'une extrême gravité » (CE, 9 avr. 1993, n° 69336, Bianchi : Lebon p. 121). Dans une affaire jugée en 1997, il était question de savoir si cette responsabilité objective de l'hôpital était applicable à la situation d'un jeune enfant de cinq ans, qui avait subi un arrêt cardiaque ayant entraîné un coma puis son décès, lors d'une anesthésie générale pratiquée à l'hôpital pour effectuer une circoncision rituelle. Dans son arrêt du 3 novembre, le Conseil d'État répond par l'affirmative et approuve la cour administrative d'appel qui, ayant appliqué la jurisprudence Bianchi, « n'a pas commis d'erreur de droit alors même que l'acte médical a été pratiqué lors d'une intervention dépourvue de fin thérapeutique » (CE, 3 nov. 1997, n° 153686, Hôpital Joseph Imbert d'Arles : Lebon p. 412).

Dès lors qu'elle est pratiquée en établissement de santé par des professionnels de santé, la circoncision rituelle, malgré l'absence de but thérapeutique, est donc un acte de soins qui entre ainsi dans l'objet de l'assurance obligatoire des établissements et professionnels de santé. Il convient en outre de préciser que, de même que pour la chirurgie esthétique, si l'article L. 1142-3-1 du Code de la santé publique exclut désormais une indemnisation par la solidarité nationale en cas d'accident médical non fautif lors d'une circoncision à motif religieux ou coutumier, cela ne doit pas remettre en cause la qualification d'acte de soins.

#### Compléments bibliographiques :

- P. Chrestia, « Non, la jurisprudence Bianchi n'était pas applicable. Le Conseil d'État à l'origine d'une erreur de diagnostic ? », note sous CE, 3 nov. 1997, Hôpital Joseph Imbert d'Arles, D. 1998, p. 146.
- C. Clément, « La responsabilité sans faute de l'hôpital pour un acte médical non thérapeutique », note sous CE, 3 nov. 1997, Hôpital Joseph Imbert d'Arles, RDSS 1998, p. 519.
- V. Péresse, « La responsabilité des services publics hospitaliers : extension de la responsabilité sans faute », conclusions sur CE, 3 nov. 1997, Hôpital Joseph Imbert d'Arles, RFDA 1998, p. 90.

### c) L'accouchement par voie basse

La question de l'accouchement par voie basse, effectué de façon naturelle, a également soulevé des interrogations quant à sa qualification ou non d'acte de soins. La jurisprudence a répondu par la négative et considère qu'un tel accouchement, effectué sans anesthésie ni césarienne, n'est pas un acte de soins, fût-il réalisé dans un établissement de santé. Cette conception stricte a été inaugurée par un jugement du tribunal administratif d'Amiens, en date du 6 décembre 2007, à propos d'une hémorragie survenue lors d'un accouchement et ayant nécessité en urgence une hystérectomie. Le juge administratif a estimé que les conditions de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique, permettant une indemnisation par la solidarité nationale, n'étaient pas remplies dans la mesure où une « hémorragie de délivrance constitue une complication rarissime mais classique des accouchements ; [...] [et] que si cette hémorragie est intervenue après l'accouchement, celle-ci ne peut être considérée comme étant directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins, un accouchement par voie basse ne constituant pas un acte médical » (TA Amiens, 6 décembre 2007, Mme P., n° 0501364). Il en a été jugé de même s'agissant de la rupture utérine survenue au cours d'un accouchement par voie basse et dont l'enfant devait garder de graves séquelles (CAA Marseille, 2<sup>e</sup> ch., 4 juin 2015, n° 13MA01401).

Il faut toutefois rappeler que l'enjeu est, dans ces situations, de déterminer si la solidarité nationale peut être amenée à réparer un préjudice en l'absence de faute, donc en l'absence d'un responsable, établissement ou professionnel de santé, puisque la complication à l'origine du dommage n'est imputable qu'à l'accouchement naturel en lui-même. C'est pourquoi l'accouchement par voie basse n'a pas été jugé comme constituant intrinsèquement un acte de soins. La situation serait différente si le dommage était imputable à un geste médical effectué à l'occasion de la survenance de cette complication. Dans ce cas, l'acte est bien un acte de soins pour lequel le professionnel de santé engage sa responsabilité en cas de faute et qui doit être garanti par l'assurance obligatoire prévue à l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique. Par ailleurs, si ce geste n'était pas fautif mais qu'un dommage devait tout de même en résulter, alors le mécanisme d'indemnisation par l'Oniam trouverait à s'appliquer. C'est ce qu'a jugé la Cour de cassation dans un arrêt du 19 juin 2019 où il était question d'un enfant qui, lors d'un accouchement par voie basse, avait présenté une dystocie des épaules. Le gynécologue obstétricien avait alors effectué des manœuvres d'urgence obstétricale permettant d'extraire le nouveau-né mais ce dernier devait présenter une paralysie du plexus brachial droit. En l'absence de faute du praticien ou de l'établissement, la première chambre civile énonce ainsi que, « si l'accouchement par voie basse constitue un processus naturel, les manœuvres obstétricales pratiquées par un professionnel de santé lors de cet accouchement caractérisent un acte de soins au sens de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique » (Civ. 1<sup>re</sup>, 19 juin 2019, n° 18-20.883 : Bull. civ.).

Il subsiste tout de même une situation ambiguë. En effet, tant les juridictions administratives que judiciaires considèrent que, bien que l'accouchement naturel ne constitue pas un acte de soins, cela ne dispense pas le professionnel de santé de son obligation d'information à l'égard de la patiente. Il faut rappeler que cette obligation d'information, prévue par l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, incombe à tout professionnel de santé qui, dans le cadre de ses compétences, doit informer le patient « sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ». On aurait ainsi pu considérer qu'une telle information n'avait pas à être apportée sur l'accouchement par voie basse qui, n'étant pas un acte de soins, ne devrait pas davantage être considéré comme une investigation, un traitement ou une action de prévention.

Ce n'est toutefois pas l'analyse retenue par le Conseil d'État dans un arrêt du 27 juin 2016 où il considère « que la circonstance que l'accouchement par voie basse constitue un événement naturel et non un acte médical ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir ; qu'en particulier, en présence d'une pathologie de la mère ou de l'enfant à naître ou d'antécédents médicaux entraînant un risque connu en cas d'accouchement par voie basse, l'intéressée doit être informée de ce risque ainsi que de la possibilité de procéder à une césarienne et des risques inhérents à une telle intervention » (CE, 27 juin 2016, n° 386165 : Lebon). Le même principe, suivant la même formulation, a été adopté par la Cour de cassation dans un arrêt du 23 janvier 2019 (Civ. 1<sup>re</sup>, 23 janvier 2019, n° 18-10.706 : Bull. civ.). Le professionnel de santé qui n'informe pas la patiente sur les risques inhérents à un accouchement par voie basse commet donc une faute, susceptible d'engager sa responsabilité en cas de réalisation d'un de ces risques, le défaut d'information pouvant être à l'origine d'une perte de chance d'éviter le dommage ou causer un préjudice

moral résultant d'un défaut de préparation à l'éventualité que ce risque survienne (préjudice d'impréparation).

Si cette solution se comprend tout à fait sur le plan des principes, elle conduit cependant à une certaine interrogation du point de vue de l'assurance. En effet, le professionnel de santé pourra être responsable, et donc tenu à indemnisation, en raison d'un risque dont il n'avait pas informé la patiente et qui s'est réalisé lors d'un accouchement naturel, non considéré comme un acte de soins. La situation ne relève donc pas, du point de vue de la garantie obligatoire des actes de soins, du domaine de l'assurance de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique. Il faut toutefois convenir que le devoir d'information, dont celui sur les risques encourus par la parturiente qui opte pour un accouchement par voie basse, peut s'insérer dans le cadre des activités de prévention et ainsi rejoindre le champ d'application de l'assurance obligatoire pour les atteintes à la personne qui résulteraient de fautes commises dans ce cadre.

#### Compléments bibliographiques :

- C. Chamot, « Une rupture utérine au cours d'un accouchement peut-elle être considérée comme un accident médical indemnisable par l'Oniam ? », rapport sur CAA Marseille, 2<sup>e</sup> ch., 4 juin 2015, n° 13MA01401, Gaz. Pal., 14 et 15 oct. 2015, p. 15.
- C. Cousin, « Contrairement à l'accouchement, les manœuvres obstétricales sont un acte de soins », note sous Civ. 1<sup>re</sup>, 19 juin 2019, n° 18-20.883, Gaz. Pal., 30 juillet 2019, p. 25.
- P. Curier-Roche, « Accident médical. Accouchement. Responsabilité. Imputabilité. Anormalité. Oniam », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 19 juin 2019, n° 18-20.883, RDSS 2019, p. 942.
- S. Hocquet-Berg, « Responsabilités et accouchement », RGDM n° 64, sept. 2017, p. 49.
- J. Mattiussi, « L'impréparation aux risques de l'accouchement par voie basse », note sous Civ. 1<sup>re</sup>, 23 janv. 2019, n° 18-10.706, D. 2019, p. 976.
- J. Penneau, « Droit médical », chron., obs. sous TA Amiens, 6 déc. 2007, n° 0501364, D. 2009, p. 1302.
- S. Prieur, « De l'obligation d'information médicale en cas d'accouchement par voie basse », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 23 janv. 2019, n° 18-10.706, RDS n° 89, p. 372.
- P. Véron, « Réparation de l'aléa thérapeutique : la qualification d'acte de soin est rejetée pour l'accouchement par voie basse mais retenue pour les manœuvres obstétricales », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 19 juin 2019, n° 18-20.883, RDS n° 91, sept. 2019, p. 738.

#### d) Autres situations

De façon plus marginale, la jurisprudence et la loi ont pu se prononcer sur la qualification, ou non, d'acte de soins à propos d'autres situations qu'il convient d'exposer.

La question a pu d'abord se poser s'agissant du don d'organe. En effet, un tel acte ne présente pas d'intérêt thérapeutique pour le donneur. Malgré l'existence d'un intérêt thérapeutique pour le receveur, le prélèvement d'organe en vue d'un don n'est donc pas, intrinsèquement, un acte de soins. Cependant, avec la loi relative à la bioéthique du 6 août 2004 (L. n° 2004-800, 6 août 2004, JO 7 août, texte n° 1), le législateur est venu indiquer que tout prélèvement d'organe, de même que tout prélèvement de tissus ou de cellules, effectué dans les conditions prévues par le Code de la santé publique, est une activité médicale (CSP, art. L. 1235-3 et L. 1245-3). Mais surtout, il a énoncé que « le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur une personne vivante qui en fait le don dans l'intérêt thérapeutique d'un receveur est assimilé à un acte de soins » (CSP, art. L. 1211-4, al. 3). La précision est impor-

tante : d'une part il est implicitement reconnu que le prélèvement d'organe, de tissus ou de cellules, sur personne vivante en vue d'un don, n'est pas à proprement parler un acte de soins, mais d'autre part, celui-ci est considéré comme tel au regard de la loi, afin de faire bénéficier au donneur des dispositions protectrices d'indemnisation en cas de dommage résultant d'un tel acte. Il entre ainsi dans le champ d'application de l'assurance obligatoire de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique.

Dans le cadre du débat sur la fin de vie, et à l'occasion notamment de la célèbre affaire Lambert, la question s'est posée de savoir si l'alimentation et l'hydratation artificielles pouvaient être considérées comme des traitements susceptibles d'être arrêtés. Une réponse positive s'imposait selon le Conseil d'État (CE, 24 juin 2014, n° 375081, Lambert : Lebon, p. 31) ainsi que la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH, grande chambre, 5 juin 2015, Lambert et autres c/ France, n° 46043/14). Le législateur a confirmé cette analyse en insérant au Code de la santé publique, avec la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (L. n° 2016-87, 2 févr. 2016, JO 3 févr., texte n° 1), un article L. 1110-5-1 dont le deuxième alinéa dispose que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés. Par extension, l'alimentation et l'hydratation artificielles sont donc des actes de soins.

Enfin, il reste une dernière hypothèse, plus anecdotique, concernant l'échec thérapeutique. Dans une décision rendue le 24 mai 2017, la Cour de cassation a considéré que l'absence de réussite du soin ne peut, à elle seule, justifier une indemnisation au titre de la solidarité nationale selon les dispositions de l'article L. 1142-1, II, du Code de la santé publique. Dans son raisonnement, la première chambre civile énonce que, « pour être réparé au titre de la solidarité nationale, un dommage doit avoir été provoqué par un acte de prévention, de diagnostic ou de soin, ce qui implique soit qu'il présente un caractère distinct de l'atteinte initiale, soit qu'il résulte de son aggravation ; que le fait que l'évolution favorable de l'état de santé d'un patient se trouve retardée par un échec thérapeutique ne caractérise pas un tel dommage ». Elle décide ainsi que « le retard dans l'évolution favorable de l'état de santé du patient, consécutif au fait que l'intervention chirurgicale, réalisée conformément aux règles de l'art, n'avait pas permis de remédier aux douleurs qu'il présentait et ne les avait pas non plus aggravées, ne caractérisait pas un dommage directement imputable à un acte de soins » (Civ. 1<sup>re</sup>, 24 mai 2017, n° 16-16.890 : Bull. civ.). De façon logique, l'échec thérapeutique ne peut donc être qualifié d'acte de soins.

Compléments bibliographiques :

- P. Jourdain, « L'échec des soins n'est pas un dommage imputable à un acte médical », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 24 mai 2017, n° 16-16.890, RTD civ. 2017, p. 674.
- N. Kilgus, « Notion d'acte de soins : exclusion de l'échec thérapeutique », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 24 mai 2017, n° 16-16.890, Dalloz actualité, 1<sup>er</sup> juin 2017.
- P. Véron, « Indemnisation au titre de la solidarité nationale : échec thérapeutique et "accident médical" ne se confondent pas », obs. sous Civ. 1<sup>re</sup>, 24 mai 2017, n° 16-16.890, RDS n° 79, sept. 2017, p. 675.
- P. Véron, « L'alimentation et le soin », RDSS 2019, p. 1054.

## B – Les dommages devant être couverts

L'article L. 1142-2 du Code de la santé publique prévoit que l'assurance de responsabilité civile ou administrative s'impose pour garantir les « dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne » survenus dans le cadre des activités de prévention de diagnostic ou de soins. Deux précisions doivent donc être apportées quant au dommage devant être couvert par l'assurance : il s'agit des dommages subis par des tiers (1°) et résultant d'atteintes à la personne (2°).

### 1° Dommages subis par des tiers

L'objet de l'assurance obligatoire ne couvre que les dommages subis par des tiers à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins. Sont donc exclus à la fois le personnel des structures de soins, qui ne sont pas des tiers, ainsi que les visiteurs qui, s'ils sont bien des tiers et peuvent subir un dommage en établissement de santé (lors d'une chute dans un escalier par exemple), celui-ci n'aura pas été causé par un acte de prévention de diagnostic ou de soins.

Seuls les dommages subis par les patients, usagers du système de santé, doivent donc être garantis au titre de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique.

### 2° Dommages résultant d'atteintes à la personne

La notion d'atteinte à la personne n'est pas expressément définie, mais il est communément admis qu'elle renvoie aux atteintes à l'intégrité physique ou psychique d'une personne physique. Ne sont donc pas concernés par l'obligation d'assurance de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique les dommages résultant d'une atteinte aux biens matériels du patient (perte ou détérioration de ses effets personnels par exemple).

Du reste, le domaine des dommages résultant d'atteintes à la personne est vaste et concerne l'ensemble du dommage corporel, c'est-à-dire les conséquences à la fois patrimoniales et extrapatrimoniales. Les préjudices peuvent ainsi présenter un caractère matériel, moral, financier, économique, etc., et doivent être garantis dès lors qu'ils sont causés au patient à l'occasion de la prestation sanitaire. Il s'agira le plus souvent de dommages causés par maladresse ou imprudence, donc sans intention de le commettre, mais il peut arriver, de façon exceptionnelle toutefois, que le dommage ait été causé intentionnellement. Dans cette hypothèse, où des qualifications pénales peuvent trouver à s'appliquer (violences volontaires, meurtre, empoisonnement, etc.), il importe de rappeler que l'assurance, même obligatoire, ne garantira pas un tel dommage dans la mesure où la faute intentionnelle ou dolosive est une cause d'exclusion de garantie (C. assur., art. L. 113-1, al. 2). Le professionnel ou l'établissement de santé devra répondre seul des conséquences d'une telle faute.

Dans tous les cas, la détermination et l'évaluation des différents postes de préjudice indemnisables se font le plus souvent selon la nomenclature Dintilhac, bien que ce texte n'ait pas de force normative (pour l'étude des différents postes de préjudice et leur indemnisation, voir infra p. 193 et s.).

#### Complément bibliographique :

– S. Porchy-Simon, « La victime de dommage corporel : retour sur deux concepts fondamentaux du droit de la réparation », D. 2021, p. 296.

## II – Distinction de l'assurance obligatoire de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique avec d'autres assurances

Il résulte de ce qui précède que l'assurance imposée par l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique aux établissements et professionnels de santé n'a pas vocation à garantir l'ensemble des dommages pouvant survenir dans le cadre des activités de santé. Son champ d'application matériel est strictement délimité, tant s'agissant des activités que des dommages qui doivent faire l'objet de la garantie, mais cela ne signifie pas pour autant que les dommages qui surviennent hors de ce cadre ne peuvent être couverts. D'autres assurances viennent ainsi utilement compléter le dispositif de l'article L. 1142-2, soit en s'ajoutant aux garanties prévues pour le contrat d'assurance obligatoire, soit en faisant l'objet d'un contrat distinct. Il s'agit d'abord de l'assurance responsabilité civile exploitation (A) à laquelle s'ajoute l'assurance responsabilité civile employeur (B), ainsi que diverses autres assurances (C).

### A – L'assurance responsabilité civile exploitation

L'assurance responsabilité civile exploitation (RCE) a pour objet de couvrir la responsabilité civile encourue par le professionnel ou l'établissement dans le cadre de l'exploitation de l'« entreprise », c'est-à-dire du fait de ses activités, des personnes dont il doit répondre (salariés, représentants), ou encore de ses biens. La garantie s'applique ainsi pour les dommages causés aux tiers à l'occasion de l'ensemble de l'activité de l'établissement ou du professionnel de santé libéral, notamment du fait des actes des personnes ayant la qualité de salarié ou préposé de la structure, ou du fait des immeubles ou meubles, matériels, équipements et installations dont la structure de soins a la propriété, l'usage ou la garde pour l'exercice de son activité.

Bien que non obligatoire, l'assurance RCE apparaît ainsi comme essentielle puisqu'elle permet de couvrir les risques qui ne sont pas garantis au titre de l'assurance obligatoire de responsabilité professionnelle prévue par l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique, qu'il s'agisse des dommages causés aux visiteurs ou aux patients en dehors des activités de prévention de diagnostic ou de soins. Dans certaines situations, l'articulation entre ces deux assurances peut soulever quelques interrogations, notamment sur la question de savoir laquelle doit jouer lorsqu'un même dommage peut relever des deux garanties. Il est vrai qu'en pratique les deux assurances sont prévues au sein d'une police multirisque professionnelle. La jurisprudence se montre ici pragmatique : elle n'opère pas de priorisation d'une assurance sur l'autre et commande de rechercher si les deux ne trouvent pas à s'appliquer. C'est ce qui ressort notamment d'une affaire, certes jugée au regard du droit antérieur à la loi du 4 mars 2002, mais dont les enseignements sont toujours valables. Un enfant était né dans une clinique souffrant d'un handicap en raison des fautes conjuguées d'un médecin obstétricien, d'une sage-femme salariée de la clinique et de la clinique elle-même. La cour d'appel avait condamné in solidum le médecin et la clinique à réparer les conséquences dommageables de l'accident, en décidant qu'était applicable, s'agissant de l'assurance de la clinique, la garantie concernant la responsabilité civile professionnelle et, par conséquent, le plafond de 2 millions de francs stipulé pour cette garantie. La Cour de cassation a toutefois censuré la décision, estimant que la cour d'appel ne pouvait se déterminer ainsi, « sans rechercher, ainsi qu'il lui était demandé, si le sinistre ne relevait pas, au moins pour ce qui découlait des fautes de la clinique, de la garantie "responsabilité civile exploitation" », qui elle, n'était pas limitée par un plafond de garantie (Civ. 1<sup>re</sup>, 26 nov. 2002, n° 99-20.718 : inédit).

Plus récemment, la Cour de cassation a considéré que, dans l'espèce où le contrat souscrit par une clinique couvrait à la fois la responsabilité civile exploitation encourue par l'assurée à l'égard des tiers et la responsabilité civile professionnelle encourue par l'assurée à l'égard des tiers, les sinistres résultant de la conjonction d'une faute du personnel de la clinique et d'une défaillance d'un matériel lui appartenant, l'assureur ne pouvait dénier sa garantie pour aucun des risques (Civ. 1<sup>re</sup>, 20 janv. 2011, n° 09-14.339 : inédit).

Complément bibliographique :

– A. Astegiano-La Rizza, Risques de responsabilité et assurances des entreprises, éd. L'Argus de l'assurance, coll. « Les fondamentaux de l'assurance », 7<sup>e</sup> éd., 2021.

## B - L'assurance responsabilité civile employeur

Outre l'assurance responsabilité civile exploitation, d'autres assurances peuvent s'ajouter à la garantie obligatoire de la responsabilité professionnelle, afin de couvrir au mieux les différents risques encourus à l'occasion des activités de santé. Il faut d'abord évoquer l'assurance responsabilité civile employeur. En effet, les assurances de responsabilité professionnelle et de responsabilité civile exploitation ont vocation à couvrir les dommages subis par les tiers (spécialement les patients et visiteurs), sans que cela n'inclue les dommages subis par le personnel de la structure de soins. L'assurance responsabilité civile employeur permet ainsi de couvrir la responsabilité encourue en qualité d'employeur, c'est-à-dire pour les dommages corporels, matériels et immatériels subis par les salariés et préposés dans le cadre de leurs fonctions. Il faut toutefois noter qu'en la matière, la responsabilité de l'employeur ne sera engagée que dans des cas limités. La législation sociale et spécialement les articles L. 411-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale prévoient en effet un régime particulier d'indemnisation des dommages corporels en cas d'accident du travail, par les organismes de Sécurité sociale (régime également applicable en cas de maladie professionnelle). La réparation sociale est ainsi exclusive de toute action contre l'employeur, ne permettant pas une réparation intégrale du préjudice, ce que l'article L. 451-1 du Code précité énonce en prévoyant qu'« aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnées par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit ». Sans détailler le régime applicable aux accidents du travail, il convient tout de même de préciser qu'est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail (CSS, art. L. 411-1), mais surtout, que la responsabilité de l'employeur peut tout de même être engagée dans plusieurs hypothèses (seules les principales règles seront exposées ci-après et pour davantage de précisions, voir notamment Y. Lambert-Faivre, S. Porchy-Simon, Droit du dommage corporel. Systèmes d'indemnisation, Dalloz, coll. « Précis », 9<sup>e</sup> éd., 2022, p. 458 et s.).

La première concerne la faute intentionnelle. Aux termes de l'article L. 452-5, alinéa 1, du Code de la Sécurité sociale, « si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre ». La caisse de Sécurité sociale qui verse les indemnités relatives à l'accident du travail se trouve en outre subrogée dans les droits de la victime (CSS, art. L. 452-5, al. 2) de sorte que l'auteur supportera intégralement la charge de la réparation. Du reste, pour le dommage ayant pour cause une faute intentionnelle de l'employeur, une assurance ne saurait le couvrir en application de l'article L. 113-1, alinéa 2, du Code des assurances qui dispose que

« l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ». Toutefois, si la faute intentionnelle est le fait d'un copréposé, alors l'assurance de l'employeur trouvera à s'appliquer, conformément à l'article L. 121-2 du Code des assurances selon lequel « l'assureur est garant des pertes et dommages causés par des personnes dont l'assuré est civilement responsable en vertu de l'article 1242 du Code civil, quelles que soient la nature et la gravité des fautes de ces personnes ».

La deuxième hypothèse concerne la faute inexcusable de l'employeur (ou d'une personne substituée dans la direction). En pareille situation, la victime, ou ses ayants droit, a droit à une majoration de l'indemnité ou de la rente versée au titre de l'accident du travail (CSS, art. L. 452-2), ainsi qu'à la réparation complémentaire pour certains postes de préjudice (CSS, art. L. 452-3). Cette majoration et cette réparation complémentaire sont versées par la caisse de Sécurité sociale qui en récupère le montant auprès de l'employeur. La notion de faute inexcusable reste toutefois délicate à appréhender. Dans certains cas limitativement prévus, elle est présumée. L'article L. 4154-3 du Code du travail dispose ainsi : « La faute inexcusable de l'employeur prévue à l'article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale est présumée établie pour les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée, les salariés temporaires et les stagiaires en entreprise victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'affectés à des postes de travail présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité ils n'auraient pas bénéficié de la formation à la sécurité renforcée prévue par l'article L. 4154-2. » De même, l'article L. 4131-4 du Code du travail prévoit que « le bénéfice de la faute inexcusable de l'employeur prévue à l'article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale est de droit pour le ou les travailleurs qui seraient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un représentant du personnel au comité social et économique avaient signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé ».

Hors ces deux cas où la faute inexcusable est présumée, il appartient à la victime d'en rapporter la preuve, au regard de la définition qui en est faite par la jurisprudence. Si celle-ci a été quelque peu fluctuante, elle s'est stabilisée au début des années 2000 pour considérer « qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver » (Soc., 28 févr. 2002, n° 00-11.793 : Bull. civ., n° 81). La solution, initialement adoptée en matière de maladie professionnelle, a été rapidement étendue aux hypothèses d'accidents du travail (Soc., 11 avril 2002, n° 00-16.535 : Bull. civ., n° 127).

En cas de faute inexcusable, l'employeur pourra donc être tenu, in fine, à réparer les préjudices subis par son salarié ou préposé à l'occasion d'un accident du travail. À cet égard, il importe de préciser que l'alinéa 3 de l'article L. 452-4 du Code de la Sécurité sociale prévoit que « l'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement ».

Une troisième hypothèse renvoie à la situation où l'accident du travail est également constitutif d'un accident de la circulation. Deux régimes spéciaux et autonomes d'indemnisation se trouvent alors en concurrence : celui prévu par le Code de la Sécurité sociale pour les accidents du travail et celui prévu par la loi du 5 juillet 1985, dite « loi Badinter », pour les accidents de la circulation (L. n° 85-677 du 5 juillet 1985 « tendant à l'amélioration des

victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation », JO 6 juill., p. 7584). Il est désormais admis que les deux régimes sont complémentaires.

Lorsque l'accident est un accident « de trajet », au sens de l'article L. 411-2 du Code de la Sécurité sociale, alors l'article L. 455-1 du même code prévoit, lorsque l'accident est causé par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime, que cette dernière dispose d'un recours contre l'auteur responsable de l'accident pour demander la réparation du préjudice causé non indemnisé au titre de la législation sociale, conformément aux règles du droit commun, soit, dans cette hypothèse, selon les dispositions de la loi du 5 juillet 1985.

Lorsqu'il est question d'un accident du travail qui ne peut être qualifié d'accident de trajet, mais qui constitue tout de même un accident de la circulation, c'est l'article L. 455-1-1 du Code de la Sécurité sociale qui trouve à s'appliquer. Cette disposition prévoit ainsi que la victime peut solliciter une réparation complémentaire lorsque l'accident du travail « survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime ». Elle précise également que cette réparation complémentaire « est régie par les dispositions de la 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 ».

La responsabilité de l'établissement ou du professionnel de santé envers ses salariés ou préposés est donc strictement encadrée par les règles sociales relatives aux accidents du travail (et aux maladies professionnelles). Les règles de droit commun trouveront tout de même à s'appliquer dans deux cas de figure. La responsabilité civile de l'employeur pourra ainsi être recherchée, avec, le cas échéant, la garantie de son assurance, en cas de dommages corporels subis à l'occasion d'un fait qui ne peut être qualifié d'accident du travail (ou de maladie professionnelle). Au regard de la définition large de la notion d'accident du travail, cette hypothèse est exceptionnelle. En revanche, le deuxième cas de figure est moins théorique et concerne les dommages matériels causés aux employés. Le fondement de la responsabilité de l'employeur peut alors être contractuel ou délictuel (C. civ., art. 1240 et s.). Rappelons que si les dommages sont causés au salarié par un copréposé, alors la responsabilité de l'employeur pourra être recherchée en sa qualité de commettant (C. civ., art. 1242, al. 5).

## **C – Les autres assurances que peuvent souscrire les professionnels ou établissements de santé**

Après les assurances destinées à garantir les différentes responsabilités de l'établissement ou du professionnel de santé, il faut ajouter celles ayant pour objet de couvrir d'autres risques. Ainsi on retrouve des « assurances de choses » destinées à garantir les biens meubles ou immeubles. Ces assurances dommages aux biens sont nombreuses : il s'agit notamment de l'assurance incendie, de l'assurance vol, de l'assurance bris de machine, de l'assurance dégât des eaux, et de l'assurance catastrophes naturelles.

Ces garanties peuvent être complétées par une assurance couvrant les pertes pécuniaires. Il s'agit de l'assurance pertes d'exploitation, destinée à compenser les pertes financières de la structure en raison d'une interruption totale ou partielle de son activité. La cause de cette interruption doit résider dans un événement prévu par la police d'assurance (par exemple un incendie, un dégât des eaux ou une catastrophe naturelle), et l'indemnisation consistera à compenser la perte de la marge brute de l'entreprise liée à cette interruption d'activité.

Par ailleurs, une assurance de « biens confiés » peut être utile, si ce n'est nécessaire, pour les établissements de santé. En effet, les articles L. 1113-1 à L. 1113-10 du Code de la santé

publique prévoient un régime de responsabilité de plein droit des établissements de santé, publics ou privés, concernant le vol, la détérioration ou la perte des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées (ce régime de responsabilité s'applique également aux établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés). Cette responsabilité s'étend aux objets appartenant aux personnes hors d'état de manifester leur volonté ou devant recevoir des soins d'urgence et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt. Elle concerne les patients hospitalisés mais non les personnes accueillies en consultation externe.

Enfin, il peut encore souscrire l'assurance protection juridique qui couvre les frais occasionnés par le règlement amiable ou judiciaire de litiges. Il faut noter que les contrats d'assurance protection juridique font l'objet d'une réglementation spécifique prévue aux articles L. 127-1 et suivants du Code des assurances et aux termes de l'article 127-6, 2°, ces dispositions spéciales ne s'appliquent pas « à l'activité de l'assureur de responsabilité civile pour la défense ou la représentation de son assuré dans toute procédure judiciaire ou administrative, lorsqu'elle s'exerce en même temps dans l'intérêt de l'assureur ». Il s'agit de la « défense recours », accessoire de l'assurance responsabilité civile où l'assureur a nécessairement un intérêt au litige puisqu'il lui appartiendra de verser les sommes que son assuré aura été condamné à verser. A contrario, le domaine de la protection juridique concerne la défense pénale de l'assuré, la défense civile de l'assuré lorsque l'assureur n'y a pas d'intérêt (pour une responsabilité non couverte par l'assurance par exemple), ou lorsque la responsabilité de l'assuré n'est pas en jeu mais qu'il est lui-même à l'origine de la demande.

Complément bibliographique :

– P. Laroche, Les assurances dommages aux biens de l'entreprise, éd. L'Argus de l'assurance, coll. « Les fondamentaux de l'assurance », 4<sup>e</sup> éd., 2021.

## Section II - Le domaine des assurances obligatoires spéciales

À côté du cadre général de l'assurance obligatoire des établissements et professionnels de santé libéraux, les autres assurances obligatoires pour certaines activités de santé disposent également d'un champ d'application explicitement délimité. S'agissant des ostéopathes et chiropracteurs, si le fondement de leur obligation d'assurance n'est pas l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique mais l'article 1, II, de la loi n° 2014-201 du 24 février 2014 (L. n° 2014-201 du 24 févr. 2014, JO 25 févr., texte n° 4), ce texte prévoit que l'assurance en question est destinée à les garantir « pour leur responsabilité civile 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 » d'ostéopathe ou de chiropracteur, ce qui correspond, peu ou prou, au domaine de l'obligation d'assurance de l'article L. 1142-2 précédemment étudié. Il en est cependant autrement s'agissant de l'assurance obligatoire de l'Établissement français du sang (I) et des promoteurs de recherches impliquant la personne humaine (II).



## ASSURANCE DU RISQUE PROFESSIONNEL EN SANTÉ

Avec la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », les professionnels et établissements de santé sont devenus soumis à une obligation d'assurance, pour couvrir les dommages causés aux patients à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins (CSP, art. L. 1142-2). L'assurance du risque professionnel en santé est ainsi venue s'ajouter à la liste des assurances obligatoires. Celle-ci a toutefois un domaine d'application particulier, quant aux personnes qui y sont soumises mais surtout quant au risque devant être garanti. Et l'application cumulée des règles propres au droit des assurances et de celles de droit de la santé peut être source de difficultés :

- pour l'assureur, qui doit pouvoir apprécier dans quelle mesure et à quelles conditions sa garantie peut être enclenchée ;
- pour le professionnel de santé, qui doit connaître l'étendue de son obligation d'assurance et celle de la couverture qu'il en retire ;
- pour la victime d'un accident médical, qui peut s'inquiéter des modalités

de son indemnisation par l'auteur responsable et l'assureur de ce dernier.

Cet ouvrage se propose d'explorer ces différentes règles applicables à l'assurance du risque professionnel des acteurs de santé (principalement les professionnels et établissement de santé mais aussi les autres acteurs intervenant dans le domaine sanitaire), de la façon la plus large, la plus complète, et illustrée par la jurisprudence récente et pertinente. Il détaille ainsi le champ de l'obligation d'assurance (les personnes soumises, le contenu du contrat, l'étendue de la garantie, etc.), mais également sa mise en œuvre, en revenant sur les conditions de la responsabilité dans le secteur de la santé et les procédures d'indemnisation, tout en mettant l'accent sur la place et le rôle de l'assureur dans ces mécanismes.

Il s'adresse aux professionnels de l'assurance, de la santé et du droit, mais également aux étudiants, et plus largement à toute personne intéressée ou confrontée à ces problématiques.

**Jean-Philippe Vauthier** est maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à l'Université de Guyane, membre du laboratoire MINEA (Migration interculturelle et éducation en Amazonie - UR 7485), et chercheur associé à l'Institut François Gény (EA 7301). Il enseigne le droit pénal, mais également le droit de la santé, domaine dans lequel il est l'auteur de nombreuses publications. Il a été notamment membre du comité de protection des personnes Est III (pour l'évaluation des protocoles de recherches biomédicales) de 2008 à 2015, et ingénieur hospitalier au sein du CHU de Montpellier de 2015 à 2017. Il rédige, en outre, le commentaire sur l'assurance de responsabilité médicale au sein du Code des assurances commenté, publié aux éditions L'Argus de l'assurance.

www.editionsargus.com

ISBN 978-2-35474-310-9



9 782354 743109