



assurances médicales depuis 1944

AMMA ASSURANCES

LE FAIT GÉNÉRATEUR



assurances médicales depuis 1944

entreprise d'assurance mutuelle
agrée par l'Office de Contrôle des Assurances sous le code 0126
(A.R. 04 et 13.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

	Téléphone	Téléfax	E-mail
Contrats	+32 2 209 02 13	+32 2 218 50 32	underwriting@amma.be
Sinistres	+32 2 209 02 07	+32 2 218 69 82	claims@amma.be
Comptabilité	+32 2 209 02 02	+32 2 217 12 90	finance@amma.be

Avenue de la Renaissance 12 bte 1
B-1000 Bruxelles
Belgique

e-mail : info@amma.be
<http://www.amma.be>
Banque : 550-3117000-92

Europa Medica



MEMBER



MEMBER

1. **Table des matières**

1.	TABLE DES MATIÈRES	2
2.	INTRODUCTION	3
3.	LA DISTINCTION ENTRE LES PRINCIPES DU FAIT GÉNÉRATEUR, DE LA SURVENANCE DU DOMMAGE ET DE LA CLAUSE DE LA RÉCLAMATION	3
3.1.	LE FAIT GÉNÉRATEUR	3
3.2.	LA SURVENANCE DU DOMMAGE	4
3.3.	LA CLAUSE DE LA RÉCLAMATION	4
4.	LE PROBLÈME DES CONTRATS BASÉS SUR LA <i>SURVENANCE DU DOMMAGE</i> OU LA <i>CLAUSE DE LA RÉCLAMATION</i>	7
4.1.	DÉFINITION DE LA SURVENANCE DU DOMMAGE	7
4.2.	LA SURVENANCE DU DOMMAGE ET L'OBLIGATION DE DÉCLARATION	7
4.3.	L'ANTÉRIORITÉ	8
4.4.	LA POSTÉRIORITÉ	8
5.	LES MODALITÉS DE LA COUVERTURE DE LA POSTÉRIORITÉ	8
6.	MANQUE D'INFORMATIONS	8
7.	LA POSITION DES DISPENSATEURS DE SOINS	10
8.	LE CHANGEMENT DE POLICE	11
9.	CONCLUSION	11

Responsabilité médicale et assurance

LES DISPENSATEURS DE SOINS VICTIMES DES CONTRATS BASÉS SUR LA SURVENANCE DU DOMMAGE ET SUR LA CLAUSE DE LA RÉCLAMATION

2. Introduction

Il existe de profondes différences entre les polices basées sur les principes du *fait générateur*, de la *survenance du dommage* et de la *clause de la réclamation*.

Le dispensateur de soins n'est pas suffisamment attentif à cette problématique. Or, il risque d'être amené tôt ou tard à constater qu'il n'est couvert par aucune garantie pour une certaine période. S'il ne veut pas voir son patrimoine partir en fumée, il lui incombe de faire le bon choix.

3. La distinction entre les principes du fait générateur, de la survenance du dommage et de la clause de la réclamation

On établit une distinction entre, d'une part, les différentes phases de l'accident médical (figure 1) et, d'autre part, les systèmes d'assurance qui le concernent (figures 2 à 5).

Figure 1 – LES DIFFÉRENTES PHASES DE L'ACCIDENT MÉDICAL

L'accident médical peut être scindé entre les phases suivantes:
le jour de l'exécution de l'acte médical par le dispensateur de soins (le *fait générateur* – « *schadeverwekkend feit* » ou « *act committed* »);
la période au cours de laquelle le dommage survient (la *survenance du dommage* ou « *loss occurrence* »);
le jour où la victime dépose plainte ou introduit une demande d'indemnisation (la *clause de la réclamation* ou « *claims made* »).

3.1. Le fait générateur

Certains assureurs assurent les dispensateurs de soins sur la base du *fait générateur* (« *schadeverwekkend feit* » ou « *act committed* »).

Ils garantissent toutes les prestations exécutées pendant la durée du contrat, quel que soit le moment où le dommage surviendra ou celui du dépôt de la plainte.

À l'expiration du contrat, cette garantie reste acquise à l'assuré, à ses héritiers ou à ses ayants droit pour les faits générateurs qui remontent à la période de validité du contrat. Ce critère déterminera également le montant de cette garantie.

Figure 2 – SYSTEME DE COUVERTURE BASE SUR LE « FAIT GENERATEUR »

	début	fait générateur	fin	
	durée du contrat		postériorité assurée	
	1990		2000	

Le contrat couvre les faits générateurs pour la période comprise entre 1990 et 2000, ainsi que les dommages qui surviennent et les réclamations qui sont introduites après l'an 2000 consécutivement à des prestations effectuées durant la période 1990-2000, jusqu'à expiration du délai légal de prescription.

3.2. La survenance du dommage

D'autres assureurs octroient leur couverture en fonction du principe de la *survenance du dommage* (« *schadevoorval* » ou « *loss occurrence* »). Ils garantissent:

les dommages qui surviennent pendant la période de validité du contrat;

les demandes en réparation introduites après la fin du contrat, jusqu'à l'expiration du délai légal de prescription, à condition qu'elles concernent un dommage survenu pendant la période de validité du contrat.

Figure 3 – SYSTEME DE COUVERTURE BASE SUR « LA SURVENANCE DU DOMMAGE »

	début	survenance du dommage	fin	
	durée du contrat		postériorité non assurée ou très limitativement	
	1990		2000	

Ce contrat ne couvre pas les dommages qui surviennent (qui se manifestent) après l'expiration de la police et qui sont consécutifs à des actes posés avant ou pendant la période de validité du contrat.

Quelques assureurs tentent de combler cette lacune en étendant la garantie aux dommages survenant après l'expiration de la police pour les dispensateurs de soins ayant mis fin à leurs activités ou étant décédés pendant sa période d'application. Parfois, le dommage doit découler de négligences ou de faits commis durant cette période.

3.3. La clause de la réclamation

Il existe aussi des contrats basés sur la *clause de la réclamation* (« *schadevordering* » ou « *claims made* »). Ils couvrent les réclamations introduites pendant leur période de validité.

Cette couverture porte sur les réclamations écrites introduites contre l'assuré ou l'assureur pendant la durée du contrat et relatives à des dommages survenus pendant cette période.

Les demandes en réparation qui concernent les événements ci-après entrent également en ligne de compte, à condition qu'elles soient établies par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur dans un délai de trente-six mois à compter de l'échéance du contrat:

les dommages survenus pendant la période du contrat si le risque n'est pas couvert par un autre assureur à l'expiration de celui-ci;
les actes ou les faits susceptibles d'entraîner un dommage, qui sont survenus pendant la période du contrat et qui ont été déclarés à l'assureur.

Figure 4 – SYSTEME DE COUVERTURE BASE SUR « LA CLAUSE DE LA RECLAMATION »

	début	réclamation et événement	et fin	
	durée du contrat		postériorité non assurée ou très limitativement	
	1990		2000	

Les dommages qui surviennent (se manifestent) après l'expiration de la police ne sont pas assurés. Certaines demandes en réparation ne seront prises en considération que si elles sont introduites dans les trente-six mois qui suivent l'expiration, et ce bien que le délai légal de prescription soit de vingt ans.

C'est la raison pour laquelle certains contrats prolongent ce délai à dix ou vingt ans. Toutefois, cette extension ne constitue pas une solution, car les dommages qui surviennent après l'expiration de la police restent exclus.

Figure 5 – APERÇU DES DIFFÉRENTS CONTRATS			
	PRINCIPE DU FAIT GÉNÉRATEUR	PRINCIPE DE LA SURVENANCE DU DOMMAGE	PRINCIPE DE LA CLAUSE DE LA RÉCLAMATION
LES DIFFÉRENTES PHASES DE L'ACCIDENT MÉDICAL	ANTÉRIORITÉ Les actes (et leurs conséquences) posés avant l'entrée en vigueur du contrat ne sont pas garantis, sauf moyennant surprime.		
LE FAIT GÉNÉRATEUR Le jour de l'exécution de l'acte médical par le dispensateur de soins (« <i>schadeverwekkend feit</i> » – « <i>act committed</i> »)	GARANTIE Elle couvre les prestations effectuées pendant la période de validité du contrat, quel que soit le moment où le dommage surviendra ou celui où la demande de réparation sera introduite.	ANTÉRIORITÉ Faute de définition du concept de la « survenance du dommage », il est prudent de supposer que l'antériorité n'est pas assurée, sauf moyennant surprime.	
LA SURVENANCE DU DOMMAGE La période au cours de laquelle le dommage survient (« <i>schadevoorval</i> » – « <i>loss occurrence</i> »). En général, la survenance du dommage est assimilée à sa manifestation.	POSTÉRIORITÉ L'assuré, ses héritiers ou ses ayants droit continuent de bénéficier de la garantie tant pour les dommages que pour les demandes en réparation susceptibles de se manifester après l'expiration du contrat, à condition qu'ils se rapportent à des actes posés pendant sa période de validité.	GARANTIE Elle couvre les dommages qui surviennent pendant la période de validité du contrat.	ANTÉRIORITÉ En général, les faits exécutés avant l'entrée en vigueur du contrat ne sont pas garantis, sauf moyennant surprime.
LA CLAUSE DE LA RÉCLAMATION Le jour où la victime dépose plainte ou introduit une demande en réparation (« <i>schadevordering</i> » – « <i>claims made</i> »)		POSTÉRIORITÉ En général, les dommages et les demandes en réparation qui surviennent après l'expiration du contrat ne sont pas garantis, ou très limitativement. La couverture de la postériorité est parfois conditionnée à une surprime.	GARANTIE Elle porte sur les demandes en réparation formulées par écrit à l'encontre de l'assuré ou de l'assureur pendant la durée du contrat pour un dommage survenu pendant cette même durée.
			POSTÉRIORITÉ En général, les dommages et les demandes en réparation postérieurs à l'expiration du contrat ne sont pas couverts, sauf moyennant surprime.

Figure 6 – UN ACCIDENT MÉDICAL N'EST PAS UN ACCIDENT DE VOITURE

Les sinistres de responsabilité médicale se caractérisent par la nature tardive des déclarations.

Pour les accidents médicaux, il importe de distinguer l'année de l'événement, c'est-à-dire celle du fait générateur, de l'année de la déclaration, c'est-à-dire celle où l'assureur sera avisé de l'accident pour la première fois.

Seuls 75 % des sinistres sont déclarés au cours de l'année de l'événement.

Les 25 % restants ne sont connus que dans les six ans qui suivent.

Statistiquement, l'assureur doit au moins attendre sept ans pour exclure la quasi-totalité des risques d'accident se rapportant à une année déterminée. Toutefois, il ne dispose pas encore d'une sécurité absolue à ce moment, car des sinistres peuvent encore être déclarés après cette période.

En réalité, l'assureur ne peut avoir de certitude définitive tant que le délai légal de prescription n'est pas acquis (maximum 20 ans après les faits).

Dès lors, le preneur d'assurance, quelle que soit sa situation personnelle, a tout intérêt à veiller à être couvert pour chaque année d'événement de sa carrière, et ce jusqu'à l'expiration du délai légal de prescription.

4. Le problème des contrats basés sur la *survenance du dommage* ou la *clause de la réclamation*

4.1. Définition de la survenance du dommage

La survenance du dommage est un processus évolutif. D'une part, il importe d'élaborer une définition précise de cette notion et d'autre part de déterminer, en cas d'accident, la date exacte à laquelle le dommage s'est manifesté, ce qui n'est guère chose aisée dans les sinistres de responsabilité médicale. Si l'on présume que la survenance du dommage est assimilée à sa manifestation, il importe également de définir ce concept, car il peut être interprété de plusieurs manières.

En outre, cette définition doit être identique dans les contrats successifs.

4.2. La survenance du dommage et l'obligation de déclaration

Le preneur d'assurance est tenu d'informer son assureur des faits dont il a connaissance.

Dans les contrats basés sur le principe de la survenance du dommage, les dommages connus de lui ne sont pas garantis.

En cas de changement d'assureur, le premier assureur pourrait refuser sa garantie pour les dommages survenus après la résiliation du contrat, tandis que

le deuxième assureur pourrait lui aussi refuser sa couverture parce que l'assuré ne lui a pas notifié l'accident au moment de la souscription de son contrat.

Les contrats basés sur le principe de la survenance du dommage ou de la clause de la réclamation n'offrent donc pas de garantie absolue quant aux sinistres déjà occasionnés et à leur garantie.

Figure 7 – ANTÉRIORITÉ ET POSTÉRIORITÉ

Il importe de vérifier soigneusement si le contrat:

garantit l'ensemble des dommages relatifs aux prestations effectuées avant l'entrée en vigueur du contrat (antériorité);
garantit l'ensemble des dommages susceptibles de se manifester après l'expiration du contrat (postériorité).

4.3. L'antériorité

Les contrats basés sur le principe de la survenance du dommage ou de la clause de la réclamation excluent parfois l'antériorité, c'est-à-dire la couverture des dommages consécutifs à des actes posés avant leur entrée en vigueur.

4.4. La postériorité

D'une manière générale, l'assuré n'est pas couvert pour les dommages qui se manifestent ou pour les demandes en réparation qui sont introduites après l'expiration du contrat et qui se rapportent à des prestations effectuées pendant sa période d'application.

Toutefois, certaines polices garantissent les demandes en réparation introduites après leur expiration, à condition que ces demandes se rapportent à un sinistre qui s'est manifesté pendant leur période de validité.

Figure 8 – CAS D'EXCLUSION DE LA POSTÉRIORITÉ

En général, les contrats basés sur le principe de la *survenance du dommage* ou de la *clause de la réclamation* ne couvrent pas l'assuré dans les cas suivants:

si l'assuré prend sa retraite ou décède;
s'il résilie son contrat pour exercer ses activités dans un autre hôpital;
si son contrat est résilié parce qu'il doit quitter l'hôpital où il travaille.

L'assuré ne sera pas non plus couvert si son assureur décide de résilier le contrat pour les raisons suivantes:

l'assureur ne souhaite plus pratiquer la branche de la responsabilité médicale;
la branche de la responsabilité médicale n'est pas rentable;
les statistiques de sinistres de la police collective ou de l'assurance groupe sont mauvaises;
l'assuré accumule trop de sinistres.

De même, l'assuré ne pourra pas bénéficier de la couverture de son contrat si le preneur d'assurance souhaite le résilier pour les raisons suivantes:

il souhaite changer d'assureur afin de bénéficier de conditions d'assurance plus avantageuses ;

l'entreprise d'assurance a augmenté ses tarifs;

l'assureur a limité ses conditions générales et/ou particulières;

l'assuré est suspendu pour des motifs disciplinaires;

il est dans l'incapacité de payer sa prime pour des raisons financières, par exemple une maladie de longue durée ou une situation professionnelle décadente.

D'autres contrats stipulent que « la couverture de la postériorité est d'application ». Dans ce cas, l'assurance continue de couvrir les dommages qui surviennent après l'expiration du contrat du fait du décès de l'assuré ou de l'interruption de ses activités professionnelles.

Les dispensateurs de soins ont l'impression d'être suffisamment couverts, mais il ne s'agit là que d'une apparence trompeuse (voir la figure 8).

5. Les modalités de la couverture de la postériorité

Pour tenter de remédier à l'absence de garantie de la postériorité, les assureurs peuvent prévoir la possibilité d'offrir cette garantie moyennant une surprime qui sera fixée à l'expiration du contrat.

Cela revient à dire qu'à la souscription du contrat, le preneur d'assurance n'a aucune idée de ce que pourrait être le montant de cette prime.

Celle-ci sera fixée en fonction du montant et de la durée de la garantie.

À la souscription du contrat, l'assuré ignore totalement si son assureur:

sera disposé à garantir la postériorité (disponibilité);

garantira celle-ci jusqu'à l'expiration du délai légal de prescription (étendue);

offrira une garantie suffisamment élevée pour chaque sinistre et chaque année d'événement (montant).

Au moment de la souscription du contrat, l'assuré ne connaît pas les modalités (disponibilité, étendue, montant et prix) de la couverture de la postériorité.

6. Manque d'informations

Dans toute une série de situations, les dispensateurs de soins ont une méconnaissance de la manière dont ils sont assurés. C'est notamment le cas dans les exemples suivants:

le dispensateur de soins a un contrat de salarié et dépend de la garantie offerte par la police conclue par son employeur;

il exerce ses activités dans un hôpital et dépend de la garantie offerte par la police conclue par la direction de l'hôpital;

il a souscrit une assurance groupe ou une police collective rédigée pour un cabinet ou une association.

Figure 9 – LES CONTRATS BASÉS SUR LA SURVENANCE DU DOMMAGE OU SUR LA CLAUSE DE LA RÉCLAMATION SONT-ILS LÉGAUX?

En matière de responsabilité médicale, les contrats qui reposent sur le principe de la survenance du dommage ou de la clause de la réclamation rendent l'assuré prisonnier de son assureur.

Ces contrats n'offrent pas de garantie suffisante quant à la couverture de la postériorité après leur expiration.

L'assuré ne dispose d'aucun moyen légal de contraindre son assureur à lui accorder cette couverture.

On est en droit de s'interroger sur la légalité de ces contrats. En France et en Espagne, la justice a déjà invalidé des contrats de ce type.

7. La position des dispensateurs de soins

Les dispensateurs de soins se trouvent dans une situation très vulnérable dans les cas suivants:

lorsqu'ils changent d'employeur, de centre de consultation ou d'hôpital;

lorsqu'ils entrent en situation conflictuelle avec leur employeur et/ou leur hôpital;

lorsque la qualité du souscripteur (l'employeur, l'hôpital, l'association, etc.) se modifie;

lorsque les conditions de la police d'assurance sont adaptées;

l'assureur est remplacé par une autre ;

en cas de fusion d'hôpitaux.

Les dispensateurs de soins (personnel médical et paramédical) devraient toujours:

avoir connaissance des conditions de la police d'assurance qui les couvre;

avoir leur mot à dire lors de la conclusion de la police;

prendre des mesures s'ils constatent que leur couverture n'offre pas suffisamment de garanties quant à la couverture de la postériorité.

8. Le changement de police

La transition d'un système à un autre présente toujours un risque, plus ou moins grand, d'absence de couverture.

S'il veut bénéficier d'une couverture illimitée de la postériorité, l'assuré doit opter pour un contrat basé sur le principe du *fait générateur*.

S'il résilie un contrat basé sur la *survenance du dommage* ou sur la *clause de la réclamation* au profit d'une police reposant sur le *fait générateur*, il doit veiller:

soit à obtenir une garantie de postériorité auprès de son ancien assureur;

soit à obtenir une garantie d'antériorité auprès de son nouvel assureur.

Plus l'assuré attend avant de souscrire une police « *fait générateur* », plus la prime à payer pour cette garantie supplémentaire sera élevée.

9. Conclusion

Dans le domaine des assurances comme ailleurs, la qualité a un prix. Le dispensateur de soins ne doit jamais fonder exclusivement son choix d'une assurance en responsabilité médicale et des garanties qui y sont liées, sur le montant de la prime qu'il devra payer.

Seule une garantie basée sur
le fait générateur
couvre efficacement la postériorité.

Une couverture complète est la seule garantie d'une protection adéquate du patrimoine du dispensateur de soins (et de ses héritiers) et d'une indemnisation de la victime.



assurances médicales depuis 1944



assurances médicales depuis 1944

Association Mutuelle Médicale d'Assurances
entreprise d'assurance mutuelle
association d'assurance mutuelle à cotisations fixes
conformément à l'article 2, § 2 de la Loi du 25.06.1992 (M.B. 20.08.1992)

agrée par l'Office de Contrôle des Assurances sous le code 0126
pour les branches accidents, maladie, auto, incendie,
autres dommages, r.c. véhicules automoteurs et r.c. générale
(A.R. des 03 et 04.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

fondée le 20.12.1944
statuts publiés au Moniteur Belge les 13.01.1945, 18.05.1968, 02.08.1973, 11.09.1987

	Téléphone	Téléfax	E-mail
Contrats	+32 2 209 02 13	+32 2 218 50 32	underwriting@amma.be
Sinistres	+32 2 209 02 07	+32 2 218 69 82	claims@amma.be
Comptabilité	+32 2 209 02 02	+32 2 217 12 90	finance@amma.be

Avenue de la Renaissance 12 bte 1
B-1000 Bruxelles
Belgique

e-mail : info@amma.be
<http://www.amma.be>
Banque : 550-3117000-92

Europa Medica



MEMBER



MEMBER