CIV. 2

LM

COUR DE CASSATION

_____

Audience publique du 10 mars 2022

Cassation partielle

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 252 F-B

Pourvoi n° Q 20-16.331

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

_____

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

_____

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 10 MARS 2022

1°/ M. [O] [P],

2°/ Mme [R] [P],

domiciliés tous deux [Adresse 1],

ont formé le pourvoi n° Q 20-16.331 contre l'arrêt rendu le 14 janvier 2020 par la cour d'appel de Grenoble (2e chambre civile), dans le litige les opposant :

1°/ à la société Axa France IARD, dont le siège est [Adresse 4],

2°/ à la société MACIF, dont le siège est [Adresse 2],

3°/ à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, dont le siège est [Adresse 5],

4°/ à la société Adrea mutuelle, dont le siège est [Adresse 3],

défenderesses à la cassation.

La société Axa France IARD a formé un pourvoi incident contre le même arrêt.

Les demandeurs au pourvoi principal invoquent, à l'appui de leur recours, les quatre moyens de cassation annexés au présent arrêt.

La demanderesse au pourvoi incident invoque, à l'appui de son recours, le moyen unique de cassation annexé au présent arrêt.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de M. Besson, conseiller, les observations de la SAS Boulloche, Colin, Stoclet et associés, avocat de M. et Mme [P], de la SCP Célice, Texidor, Périer, avocat de la société Axa France IARD, de la SARL Boré, Salve de Bruneton et Mégret, avocat de la société MACIF, et l'avis de M. Grignon Dumoulin, avocat général, après débats en l'audience publique du 25 janvier 2022 où étaient présents M. Pireyre, président, M. Besson, conseiller rapporteur, Mme Leroy-Gissinger, conseiller doyen, et M. Carrasco, greffier de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée des président et conseillers précités, après en avoir délibéré conformément à la loi, a rendu le présent arrêt.

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Grenoble,14 janvier 2020), le 30 mai 2009, M. [P], alors qu'il était passager d'un scooter assuré par la société MACIF (la MACIF), a été victime d'un accident de la circulation.

2. La société chargée de l'entretien de la chaussée à l'endroit de l'accident, assurée auprès de la société Axa France IARD (la société Axa), a accepté de prendre en charge les dommages résultant de cet accident.

3. À la suite d'une expertise amiable organisée à son initiative, la MACIF a conclu le 6 octobre 2010 avec M. [P] une première transaction, prévoyant le paiement à ce dernier d'une indemnité globale réparant certains postes de préjudice et réservant l'indemnisation de divers autres postes.

4. Le 19 janvier 2011, M. [P] et la MACIF ont conclu une seconde transaction, aux termes de laquelle l'assureur a versé à la victime des indemnités complémentaires au titre du déficit fonctionnel permanent, de l'incidence professionnelle et de la perte de gains.

5. Ayant subi plusieurs interventions chirurgicales entre le 20 février 2013 et le 23 mars 2015, et se prévalant d'une aggravation des blessures de M. [P] résultant de l'accident du 30 mai 2009, ce dernier et son épouse ont obtenu la désignation d'un expert médical en référé, puis ont assigné la MACIF, la société Axa ainsi que la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère (la caisse), aux fins d'annulation de la transaction conclue le 19 janvier 2011 et d'indemnisation de leurs préjudices.

Examen des moyens

Sur le premier et le deuxième moyens et le quatrième moyen, pris en sa première branche, du pourvoi principal de M. et Mme [P], ci-après annexés

6. En application de l'article 1014, alinéa 2, du code de procédure civile, il n'y a pas lieu de statuer par une décision

spécialement motivée sur ces griefs qui ne sont manifestement pas de nature à entraîner la cassation.

Mais sur les troisième et quatrième moyens du pourvoi principal, pris en leur deuxième branche, qui est identique

Enoncé du moyen

7. M. et Mme [P] font grief à l'arrêt de débouter M. [P] de ses demandes au titre de l'aggravation de son préjudice, de limiter à certaines sommes la condamnation de la MACIF au titre de la période ayant couru du 20 février 2013 au 26 avril 2015, et de déclarer irrecevable la demande formée par M. [P] au titre du poste de perte de gains professionnels futurs, alors « que l'aggravation du dommage peut résulter de nouveaux préjudices résultant des soins prodigués à la victime postérieurement à la consolidation, fût-ce pour améliorer son état séquellaire ; qu'en jugeant le contraire, la cour d'appel a violé les articles 1382, devenu 1240, du code civil, et L. 211-19 du code des assurances, ensemble le principe de la réparation intégrale. »

Réponse de la Cour

Vu l'article 1382, devenu 1240, du code civil, l'article L. 211-19 du code des assurances, et le principe de la réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime :

8. Selon le premier de ces textes, tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

9. Selon le second, la victime peut, dans le délai prévu par l'article 2226 du code civil, demander réparation de l'aggravation du dommage qu'elle a subi à l'assureur qui a versé l'indemnité.

10. L'arrêt, pour décider que M. [P] n'a pas été victime d'une aggravation de son préjudice postérieurement à la transaction conclue au mois de janvier 2011, énonce que, lorsqu'à la suite de sa consolidation une victime qui a bénéficié d'une indemnisation se soumet à de nouveaux soins médicaux ou chirurgicaux qui ont pour but d'améliorer son état, les conséquences de ces nouveaux soins ou interventions ne peuvent être qualifiées d'aggravation de l'état initial.

11. En statuant ainsi, alors que l'aggravation du dommage initial causé par un accident peut découler de nouveaux préjudices résultant des soins qui ont été prodigués à la victime postérieurement à sa consolidation, en vue d'améliorer son état séquellaire résultant de cet accident, la cour d'appel a violé les textes et le principe susvisé.

Et sur le moyen du pourvoi incident de la société Axa

Enoncé du moyen

12. La société Axa fait grief à l'arrêt de fixer la créance globale de la caisse depuis la date de l'accident, jusqu'au 26 juin 2015, à la somme de 285 520,37 euros, alors :

1°/ qu'en accueillant la demande de la CPAM de l'Isère qui avait chiffré ses débours à hauteur de 285 520,37 euros, au simple motif que la prise en charge de M. [P] par la CPAM remontait au jour de l'accident, sans répondre aux conclusions par lesquelles l'exposante avait fait valoir que la caisse avait déjà été remboursée de ses débours, au titre du préjudice initial subi par M. [P], dans le cadre de l'exécution du second protocole régularisé le 19 janvier 2011, ce qui était établi par les pièces n° 12 et 13 produites par la MACIF, de sorte qu'elle ne pouvait en être payée une seconde fois, ces frais déjà réglés étant pourtant repris, dans la déclaration de créance de la caisse du 18 juillet 2018, à hauteur de 83 481,84 euros, la cour d'appel a méconnu les prescriptions de l'article 455 du code de procédure civile ;

2°/ qu'en faisant droit à la demande de la CPAM de l'Isère qui avait chiffré ses débours à hauteur de 285 520,37 euros, au simple motif que la prise en charge de M. [P] par la CPAM remontait au jour de l'accident, sans répondre aux conclusions

par lesquelles l'exposante faisait valoir que la CPAM de l'Isère ne pouvait prétendre, pour la période postérieure au 20 février 2013 (tous les frais antérieurs lui ayant déjà été réglés), qu'au remboursement des frais se trouvant en lien avec les séquelles initiales subies par M. [P], outre que l'exposante ne pouvait avoir à payer des arrérages de rente viagère qu'elle avait déjà réglées sous forme de capital dans le cade de l'exécution du protocole du 19 janvier 2011, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure civile. »

Réponse de la Cour

Vu l'article 455 du code de procédure civile :

13. Selon ce texte, tout jugement doit être motivé. Le défaut de réponse aux conclusions constitue un défaut de motifs.

14. L'arrêt, pour fixer la créance globale de la caisse depuis le 30 mai 2009, date de l'accident, jusqu'au 26 juin 2015, retient qu'au vu du décompte de créance, il s'agit des débours de la caisse depuis l'accident, que la société Axa déclare prendre en charge les frais que la caisse a supportés entre le 20 février 2013 et le 26 avril 2015, tout en ajoutant avoir déjà remboursé les débours de la caisse du 30 mai 2009 au 30 mai 2010, et que force est de constater que le point de départ de la prise en charge de M. [P] par la caisse remonte au jour de l'accident.

15. En statuant ainsi, sans répondre aux conclusions de la société Axa, qui soutenait que la caisse avait déjà été remboursée de ses débours au titre du préjudice initial subi par M. [P], en exécution du second protocole régularisé le 19 janvier 2011, et que la société Axa ne pouvait être tenue de payer des arrérages de rente viagère qu'elle avait déjà réglées sous forme de capital en exécution du même protocole, la cour d'appel n'a pas satisfait aux exigences du texte susvisé.

Mise hors de cause

16. ll n'y a pas lieu, s'agissant de la cassation prononcée sur le pourvoi incident de la société Axa, de mettre hors de cause M. et Mme [P], qui seront présents devant la cour d'appel de renvoi.

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres griefs du pourvoi principal, la Cour :

CASSE ET ANNULE, mais seulement en ce qu'il déboute M. [P] de ses demandes au titre de l'aggravation de son préjudice, déclare irrecevable sa demande au titre des perte de gains professionnels futurs, et condamne la société MACIF à lui payer, au titre de la période ayant couru du 20 février 2013 au 26 avril 2015, les sommes de 28 102,50 euros (tierce personne à titre temporaire), 13 739,05 euros (DFT), 9 669,49 euros (PGPA), 300 euros (préjudice esthétique temporaire), 10 000 euros (souffrances endurées), 700 euros (préjudice esthétique permanent)], et en ce qu'il fixe à la somme de 285 520,37 euros la créance globale de la caisse depuis la date de l'accident jusqu'au 26 juin (en réalité, avril) 2015, l'arrêt rendu le 14 janvier 2020, entre les parties, par la cour d'appel de Grenoble ;

DIT n'y avoir lieu de mettre hors de cause M. et Mme [P] ;

Remet, sur ces points, l'affaire et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant cet arrêt et les renvoie devant la cour d'appel de Lyon ;

Condamne les sociétés Axa France IARD et MACIF aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes formées par les société Axa France IARD et MACIF et les condamne à payer à M. et Mme [P] la somme globale de 3 000 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt partiellement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du dix mars deux mille vingt-deux.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits au pourvoi principal par la SAS Boulloche, Colin, Stoclet, avocat aux Conseils, pour M. et Mme [P]

Le premier moyen de cassation fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir dit que les deux transactions conclues entre M. [P] et la MACIF les 6 octobre 2010 et 19 janvier 2011 étaient revêtues de l'autorité de chose jugée, ce qui rendait irrecevables les demandes formées ultérieurement par M. [P] au titre des chefs de préjudice pris en compte par ces deux transactions (frais d'électro-stimulateur et d'assistance à expertise, DFP, préjudice d'agrément) et d'avoir, en conséquence, débouté M. [P] de sa demande d'indemnisation intégrale des préjudices consécutifs à l'accident du 30 mai 2009 ;

Aux motifs que sur la force obligatoire des deux transactions conclues entre M. [O] [P] et la MACIF les 6 octobre 2010 et 19 janvier 2011 :
Que tandis que M. [P] ne demande que la nullité de la transaction conclue le 19 janvier 2011, les sociétés d'assurances Axa et MACIF demandent à la cour de dire que sont valides et revêtues de l'autorité de chose jugée les deux transactions conclues entre M. [P] et la MACIF. La cour est ainsi saisie de la validité ou non des deux transactions litigieuses ;
Que selon M. [P], la MACIF ne l'a pas informé, alors qu'elle y était tenue, de son droit de se faire assister d'un avocat dans le cadre de son indemnisation amiable, et de ce fait le principe de l'égalité des armes n'a pas été respecté : il a signé les deux transactions à son domicile en la seule présence de l'inspecteur de la société d'assurances et n'était assisté ni de son médecin-conseil ni d'un avocat ;
Que M. [P] soutient ensuite que la société d'assurances ne lui a pas réclamé les pièces par lesquelles il aurait pu justifier des postes de préjudice concernés par la seconde transaction, et l'a indemnisé de façon forfaitaire de sa perte de gains professionnels futurs et de l'incidence professionnelle sans disposer d'informations à cet égard, de sorte que ces circonstances caractérisent un dol imputable à la société d'assurances, qui entraîne la nullité des transactions ;
Que toutefois la MACIF a justifié avoir adressé à M. [P], peu après l'accident, le 13 juin 2009, une lettre lui indiquant : « Vous voudrez bien m'adresser la fiche de renseignements ci-jointe dûment complétée », cette lettre mentionnant : « PJ : fiche de renseignements corporels avec texte Badinter » ; que la MACIF a produit ensuite les lettres de relance qu'elle a adressées à M. [P] les 27 août et 18 septembre 2009 l'invitant à lui retourner la fiche de renseignements renseignée ce qu'il a fait (fiche signée le 24 septembre 2009) ;
Que la MACIF a justifié également de ce que sa lettre du 13 juin 2009 mentionnait « : PJ : fiche de renseignements corporels avec texte Badinter » ;
Que la MACIF produit une fiche de renseignements et un document reproduisant les articles 12 à 15 et 31 de la loi dite Badinter du 5 juillet 1985, et plus particulièrement de l'article 13 (devenu article L. 211-10 du code des assurances) qui énonce que la victime peut, à son libre choix, se faire assister d'un avocat et, en cas d'examen médical, d'un médecin ;
Que corrélativement, M. [P] a effectivement usé de la faculté de se faire assister d'un médecin dans le cadre de l'expertise amiable, ce qui tend à confirmer, si besoin est, qu'il a bien reçu les pièces mentionnées comme étant jointes à la lettre de la MACIF du 13 juin 2009, mais n'a pas jugé nécessaire de se faire assister d'un avocat ;
Que le « principe de l'égalité des armes » invoqué par M. [P] est mis en oeuvre à travers les dispositions de la loi dite Badinter codifiées à l'article L. 211-10 du code des assurances selon lesquelles l'assureur est tenu d'informer la victime de ses droits à l'assistance d'un médecin au cours de l'expertise médicale, ainsi qu'à l'assistance d'un avocat, informations qui ont effectivement pour objet de permettre à la victime de contredire si besoin est, les conclusions d'un expert amiable et de discuter de manière pertinente les offres de la société d'assurances ;
Qu'en l'état des pièces produites par la MACIF, il est démontré que la victime a été correctement informée de ses droits durant le cours de la procédure d'indemnisation amiable ;
Que s'agissant, ensuite du moyen invoqué par M. [P] à l'appui de sa demande de nullité des transactions selon lequel la MACIF n'a pas communiqué au docteur [M], médecin-conseil de M. [P], son offre indemnitaire transactionnelle, la demande ne repose sur aucun fondement : aucun texte n'impose en effet à l'assureur de transmettre son offre d'indemnisation au médecin-conseil de la victime qui l'a assistée lors de l'expertise.
Qu'ensuite, la MACIF établit en l'état de sa pièce n° 21 avoir demandé à M. [P] dans une lettre datée du 12 juillet 2010 après expertise amiable du docteur [E] qui fixait la date de sa consolidation un an après l'accident, de lui transmettre le relevé des indemnités journalières qu'il avait perçues, de ses fiches de paie des six derniers mois avant l'accident ainsi

qu'une attestation de son employeur mentionnant sa perte de salaire et lui a demandé dans cette même lettre de justifier de son reclassement professionnel et de ses démarches en vue d'une reconversion compatible avec son état, ce qu'il ne démontre pas avoir fait en conséquence de quoi il estime à tort avoir été indemnisé avec légèreté ;
Qu'enfin, la MACIF a offert à M. [P] une indemnité transactionnelle soldant son préjudice le 19 janvier 2011 sur la base du rapport d'expertise amiable du docteur [E] que la MACIF n'avait pas de raison de remettre en cause, et que M. [P] ne critique lui-même pas ; or le rapport d'expertise amiable mentionne notamment que M. [P] qui a été examiné le 29 juin 2010 signalait au titre de ses doléances actuelles :
la persistance d'une raideur douloureuse au coude gauche,
des douleurs au pied gauche avec limitation du périmètre de marche à une heure environ en terrain plat.
Qu'il indiquait ne plus bénéficier d'aucun soin depuis son précédent examen par l'expert le 5 janvier 2010 ;
Que selon le rapport du docteur [E], aucun certificat médical n'a été produit par la victime postérieurement à la date du 21 décembre 2009, ce que confirme l'expertise judiciaire ;
Que c'est donc sans encourir la critique et en l'état des informations dont elle disposait que la MACIF a proposé à M. [P] de conclure une transaction sur la base du rapport du docteur [E] en fonction d'une date de consolidation intervenue le 30 mai 2010 ;
Que s'agissant plus particulièrement de l'évaluation forfaitaire du préjudice subi au titre des postes PGPF et incidence professionnelle dans le cadre de la seconde transaction, M. [P] qui conteste la possibilité d'indemniser un tel préjudice de manière forfaitaire n'invoque aucune disposition légale qui s'y opposerait ; en effet, tandis qu'une juridiction ne peut effectivement fixer de manière forfaitaire l'évaluation d'un préjudice, en revanche rien ne s'y oppose dans un cadre amiable ;
Qu'enfin, contrairement à ce qui est prétendu par M. et Mme [P], le poste « tierce personne » a été chiffré aux termes de la transaction du 16 octobre 2010 sur la base des conclusions du docteur [E] qui avait estimé en page 7 de son rapport que M. [P] avait eu besoin d'une aide familiale pour la réalisation des actes de la vie quotidienne à compter du 4 juin 2009 et ce, pendant trois semaines jusqu'à ablation des contentions plâtrées et de la broche du coude gauche ;
Que par conséquent, le jugement sera confirmé en ce qu'il a rejeté la demande des époux [P] aux fins d'annuler les deux transactions et dit que ces dernières étaient revêtues de l'autorité de chose jugée (arrêt pp. 10 & 11) ;

Et aux motifs, à les supposés adoptés, des premiers juges, qu'aux termes de l'article 122 du Code de procédure civile, constitue une fin de non-recevoir tout moyen qui tend à faire déclarer l'adversaire irrecevable en sa demande, sans examen au fond, pour défaut de droit d'agir, tel le défaut de qualité, le défaut d'intérêt, la prescription, le délai préfix, la chose jugée ; qu'aux termes de l'article 1351 du Code civil, aujourd'hui l'article 1355 du même code, l'autorité de la chose jugée n'a lieu qu'à l'égard de ce qui a fait l'objet du jugement. Il faut que la chose demandée soit la même, que la demande soit fondée sur la même cause, que la demande soit entre les mêmes parties et formées par elles et contre elles en la même qualité ; qu'aux termes de l'article 2052 du Code civil, les transactions ont, entre les parties, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort ; qu'elles ne peuvent être attaquées pour causé d'erreur de droit ni pour cause de lésion ;
qu'en l'espèce, il est constant que Monsieur [O] [P] a passé avec la MACIF deux protocoles transactionnels en date des 06 octobre 2010 et 19 janvier 2011 concernant l'indemnisation de son préjudice résultant de l'accident survenu le 30 mai 2009 ;
que pour contester la validité des deux protocoles transactionnels litigieux, Monsieur [O] [P] soutient ne pas avoir été informé de sa possibilité d'être assisté par un avocat conformément aux préconisations de l'article 13 de la loi dite Badinter du 05 juillet 1985, codifié à l'article L. 211-10 du code des assurances, et en conséquence que les deux transactions seraient frappées de dol ou d'erreur ; que cependant la MACIF justifie avoir, en annexe à son courrier du 13 juin 2009, régulièrement transmis d'une part une fiche de renseignements et d'autre part copie des articles 12, 13, 15 et 31 de la loi Badinter susvisée ; que le courrier du 13 juin 2009 et ses annexes ont bien été reçus par Monsieur [O] [P] puisque celui-ci a rempli, daté et signé le 24 septembre 2009, après plusieurs relances, la fiche de renseignement et l'a retournée à la MACIF ; qu'ensuite, il s'est présenté à l'expertise médicale diligentée par la MACIF assisté d'un médecin conseil qu'il avait lui-même choisi conformément à la possibilité offerte par l'article 13 de la Loi Badinter, qu'il en résulte que Monsieur [O] [P] ne saurait prétendre aujourd'hui ne pas avoir été informé de ses droits ; que Monsieur [O] [P] fait encore valoir qu'il se serait trompé ou aurait été trompé quant à l'ampleur de son préjudice, la date finale de consolidation fixée par l'expert judiciaire près de cinq ans après celle fixée par l'expert de la MACIF attestant de cette erreur ; que cependant Monsieur [O] [P] indique lui-même que postérieurement aux deux protocoles transactionnels litigieux, son état de santé se serait aggravé, nécessitant de nouvelles hospitalisations courant 2013 ; qu' il ne saurait dès

lors être reproché à la MACIF de ne pas avoir eu connaissance, lors de l'intervention des deux protocoles transactionnels, d'éléments pareillement inconnus de Monsieur [O] [P] et qui ne se sont révélés que plusieurs années après ; que Monsieur [O] [P] reproche enfin à la MACIF la rédaction de la transaction du 06 octobre 2010 en des termes sibyllins qui auraient vicié son consentement, notamment sur la portée du poste "aide extérieure" ou encore s'agissant du chiffrage des postes pertes de revenus et incidence professionnelle ; que cependant il résulte des écritures mêmes de Monsieur [O] [P] que l'aide extérieure correspond au remboursement des factures d'aide par des tierces personnes ; qu'il ne saurait dès lors affirmer ne pas avoir compris le contenu du poste "aide extérieure" ; que s'agissant ensuite du chiffrage des postes pertes de revenus et incidence professionnelle, après avoir été réservés aux termes du protocole du 06 octobre 2010, ceux-ci ont été liquidés aux termes du second protocole du 19 janvier 2011 ; que s'agissant enfin du montant forfaitaire de 10.000 € retenu, selon courrier du 12 juillet 2010, la MACIF a sollicité de Monsieur [O] [P] la production de divers documents nécessaires au calcul de ces deux postes de préjudice (bordereaux IJ versés par l'organisme social, six dernières fiches de paye avant l'accident, justificatifs de reclassement ou reconversion professionnels) ; que Monsieur [O] [P] ne justifie pas avoir produit les documents demandés mais a signé le protocole transactionnel prévoyant une indemnisation forfaitaire à cet égard de 10.000 euros ; que les deux protocoles transactionnels litigieux ont expressément mentionné que la victime pouvait, par lettre recommandée avec accusé de réception, dénoncer la transaction dans les quinze jours de sa conclusion ; qu'il est constant que Monsieur [O] [P] a reçu les fonds visés aux deux protocoles et n'a dénoncé aucune des deux transactions ; qu'il résulte ainsi de l'ensemble de ces éléments que les deux protocoles transactionnels des 06 octobre 2010 et 19 janvier 2011 n'encourent aucun grief de nullité et ont aujourd'hui l'autorité de la chose jugée interdisant leur remise en cause par Monsieur [O] [P], avec toutes conséquences de droit sur son droit à indemnisation (jug pp. 5 à 7) ;

1°) Alors que pour déclarer valables les transactions signées par M. [P] les 6 octobre 2010 et 19 janvier 2011, la cour d'appel a retenu, par motifs adoptés, que la MACIF justifie avoir, en annexe à son courrier du 13 juin 2009, régulièrement transmis une fiche de renseignements et copie des articles 12, 13, 15 et 31 de la loi Badinter ; qu'en se prononçant ainsi sans viser ni analyser, même de façon sommaire, les éléments de preuve produits sur lesquels elle fondait sa décision, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure ;

2°) Alors qu'à l'occasion de la première correspondance avec la victime, l'assureur est tenu, à peine de nullité relative de la transaction qui pourrait intervenir, d'informer la victime qu'elle peut à son libre choix se faire assister d'un avocat et, en cas d'examen médical, d'un médecin ; que la production d'une copie d'un courrier ne peut justifier de son expédition ; que pour juger valables les transactions signées par M. [P] les 6 octobre 2010 et 19 janvier 2011, la cour d'appel a retenu que la MACIF a produit un courrier du 13 juin 2009 et, au nombre de ses pièces jointes, un document reproduisant les articles 12 à 15 et 31 de la loi du 5 juillet 1985 ; qu'en se prononçant ainsi, par un motif inopérant, la cour d'appel a violé les articles 1353 du code civil et L. 211-10 du code des assurances ;

3°) Alors qu'à l'occasion de la première correspondance avec la victime, l'assureur est tenu d'informer la victime qu'elle peut se faire assister d'un avocat et, en cas d'examen médical, d'un médecin ; que pour juger valables les transactions signées par M. [P] les 6 octobre 2010 et 19 janvier 2011, la cour d'appel a retenu que le courrier du 13 juin 2009 annonçait en pièces jointes une fiche de renseignements corporels ainsi qu'un texte Badinter et que M. [P] a renvoyé, après signature, la fiche de renseignements corporels ; qu'en se prononçant ainsi, par un motif impropre à justifier de l'expédition effective du « Texte Badinter », la cour d'appel a violé les articles 1353 et L. 211-10 du code des assurances ;

4°) Alors que pour juger valables les transactions signées par M. [P] les 6 octobre 2010 et 19 janvier 2011, la cour a relevé que M. [P] ayant usé de la faculté de se faire assister d'un médecin dans le cadre de l'expertise amiable, cela tendait à confirmer, si besoin était, qu'il avait bien reçu les pièces mentionnées comme étant jointes à la lettre de la MACIF du 13 juin 2009, mais n'avait pas jugé nécessaire de se faire assister d'un avocat ; qu'en se prononçant ainsi par un motif inopérant tiré de la présence d'un médecin aux côtés de victime lors de l'examen médical, la cour d'appel a violé les articles 1353 du code civile et L. 211-10 du code des assurances ;

5°) Alors que dans ses conclusions d'appel (p. 17), M. [P] a fait valoir que son consentement avait été vicié, la MACIF ayant profité de sa jeunesse et de son état de dépendance économique au moment de la transaction pour lui faire accepter une indemnisation de son préjudice économique sans rapport avec son importance réelle ; qu'en admettant la validité des transactions litigieuses sans répondre à ce moyen pertinent, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de

procédure civile ;

6°) Alors que dans ses conclusions d'appel (pp. 19 et 20), M. [P] a soutenu que la MACIF avait encore commis un dol en lui faisant miroiter, par courrier du 13 décembre 2010, une indemnisation complémentaire de 10 000 euros, présentée comme ne nécessitant aucun justificatif, au titre des incidence professionnelle et perte de gains, plutôt que de l'inciter à nouveau à produire les justificatifs nécessaires à la juste indemnisation de ses pertes de gains actuels, pertes de gains futurs et de l'incidence professionnelle de son handicap ; qu'en admettant la validité des transactions litigieuses sans répondre à ce moyen pertinent, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure civile.

Le deuxième moyen de cassation (subsidiaire) fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir débouté M. [P] de ses demandes tendant, indépendamment de l'existence d'une aggravation, à l'indemnisation des préjudices pertes de gains professionnels actuels, pertes de gains professionnels futurs, incidence professionnelle, tierce personne avant et après consolidation, préjudice esthétique temporaire et préjudice sexuel, non indemnisés par les transactions des 6 octobre 2010 et 19 janvier 2011 ;

Aux motifs que contrairement à ce qui est prétendu par M. et Mme [P], le poste « tierce personne » a été chiffré aux termes de la transaction du 16 octobre 2010 sur la base des conclusions du docteur [E] qui avait estimé en page 7 de son rapport que M. [P] avait eu besoin d'une aide familiale pour la réalisation des actes de la vie quotidienne à compter du 4 juin 2009 et ce, pendant trois semaines jusqu'à ablation des contentions plâtrées et de la broche du coude gauche (arrêt p. 11, pénult §) ;

Et aux motifs, adoptés des premiers juges, qu'il sera précisé à titre liminaire qu'au vu de l'autorité de la chose jugée dont sont atteints les deux protocoles transactionnels susvisés, l'indemnisation aujourd'hui réclamée ne peut concerner qu'une aggravation postérieure aux transactions et chercher à réviser le montant du préjudice originaire définitivement évalué par les deux transactions litigieuses (jug p. 7 § 3) ;

Et, s'agissant de la tierce personne, que l'intervention d'une tierce personne pour la période comprise entre le 30 mai 2009 et le 30 mai 2020 inclus a déjà été prise en compte par le protocole transactionnel du 06 octobre 2010 (jug p. 8 § 4) ;

Alors que dans ses conclusions d'appel (pages 96 et 97), M. [P] a fait valoir que dans ses conclusions intitulées « Conclusions en réponse n° 1 valant offre d'indemnisation au sens de l'article L. 211-9 du code des assurances », notifiées et déposées par RPVA le 1er février 2016, la MACIF avait formulé une offre définitive d'indemnisation au titre de l'aggravation des préjudices qu'il a subis, incluant, pour les besoins en assistance par tierce personne, une indemnisation au titre de la tierce personne temporaire de plus de 26 000 euros pour la période avant consolidation retenue par le docteur [E], soit du 30 mai 2009 au 30 mai 2010 ; qu'en déboutant M. [P] de sa demande d'indemnisation à ce titre, sans s'expliquer sur le moyen invoquant cette offre, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure civile.

Le troisième moyen de cassation fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir débouté M. [P] de ses demandes au titre de l'aggravation de son préjudice et limité la condamnation de la MACIF, au titre de la période ayant couru du 20 février 2013 au 26 avril 2015, aux sommes de 28 102,50 euros (tierce personne à titre temporaire), 13 739,05 euros (DFT), 9 669,49 euros (PGPA), 300 euros (préjudice esthétique temporaire), 10 000 euros (souffrances endurées), 700 euros (préjudice esthétique permanent), et d'avoir réservé les droits pour les dépenses de santé futures ;

Aux motifs que sur la demande d'indemnisation formée par M. [P] au titre de l'aggravation de son préjudice : M. [P] a bénéficié à partir de 2013, plus de deux ans après sa consolidation, de plusieurs interventions chirurgicales qui avaient pour objet d'améliorer son état ;
que dès lors et comme le soutient la société d'assurances Axa, M. [P] n'a pas été victime d'une aggravation de son préjudice postérieurement à la transaction conclue en janvier 2011 ;
qu'en effet, lorsqu'à la suite de sa consolidation une victime qui a bénéficié d'une indemnisation se soumet à de nouveaux soins médicaux ou chirurgicaux qui ont pour but d'améliorer son état, les conséquences de ces nouveaux soins ou interventions ne peuvent être qualifiées d'aggravations de l'état initial ;
qu'en son principe, la demande de M. [P] en réparation de son préjudice résultant des conséquences d'une aggravation de son état alors qu'il s'agit des conséquences ou des séquelles des interventions auxquelles il s'est volontairement

soumis pour améliorer son état, n'est pas recevable, faute de lien de causalité entre l'accident et le préjudice invoqué ;
que par conséquent, les offres d'indemnisation formulées par les sociétés MACIF et Axa ne peuvent qu'être déclarées satisfactoires, faute de tout droit à indemnisation ;
que dès lors, la cour, entérine les offres formulées par les sociétés MACIF et Axa IARD et, infirmant le jugement en ce qu'il a alloué à M. [P] la somme de 890 785,87 euros au titre d'une perte de gains professionnels futurs, déboutera M. [P] de sa demande à ce titre et confirmera le jugement en ce qu'il a condamné la MACIF, relevée par la société Axa France IARD, à lui verser une somme totale de 62 511,04 euros, détaillée comme suit : tierce personne à titre temporaire : 28 102,50 euros, DFT : 13 739,05 euros, PGPA : 9 669,49 euros préjudice esthétique temporaire : 300 euros, souffrances endurées : 10 000 euros, préjudice esthétique permanent : 700 euros, dépenses de santé futures : réserve des droits (arrêt p. 12) ;

1°) Alors que le juge est tenu de respecter les termes du litige, tels qu'ils sont fixés par les prétentions respectives des parties ; que dans ses conclusions d'appel, la MACIF ne contestait pas, en son principe, le droit à indemnisation de M. [P] au titre de l'aggravation de son préjudice en lien avec les interventions subies à compter de février 2013 ; qu'en retenant, pour débouter M. [P] de ses demandes au titre de l'aggravation de son préjudice et limiter la condamnation de la MACIF aux seules offres faites par cette dernière, que les offres d'indemnisation formulées par les sociétés MACIF et Axa ne peuvent qu'être déclarées satisfactoires, faute de tout droit à indemnisation de M. [P], la cour d'appel a méconnu les termes du litige et, partant, violé l'article 4 du code de procédure civile ;

2°) Alors que l'aggravation du dommage peut résulter de nouveaux préjudices résultant des soins prodigués à la victime postérieurement à la consolidation, fût-ce pour améliorer son état séquellaire ; qu'en jugeant le contraire, la cour d'appel a violé les articles 1382, devenu 1240, du code civil, et L. 211-19 du code des assurances, ensemble le principe de la réparation intégrale ;

3°) Alors que le juge doit, en toutes circonstances, faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction ; que pour débouter M. [P] de ses demandes au titre de l'aggravation de son préjudice et limiter la condamnation de la MACIF, pour la période ayant couru entre le 20 février 2013 au 26 avril 2015, aux sommes que cette dernière proposait de payer, la cour d'appel a retenu qu'en son principe, la demande de M. [P] en réparation de son préjudice résultant des conséquences d'une aggravation de son état, alors qu'il s'agit des conséquences ou des séquelles des interventions auxquelles il s'est volontairement soumis pour améliorer son état, n'est pas recevable, faute de lien de causalité entre l'accident et le préjudice invoqué ; qu'en statuant ainsi sans avoir, au préalable, invité les parties à présenter leurs observations sur ce moyen relevé d'office, la cour d'appel a violé l'article 16 du code de procédure civile ;

4°) Alors, à titre subsidiaire, que les conséquences d'une intervention chirurgicale destinée à améliorer l'état séquellaire d'une victime d'accident de la circulation, qui ne se seraient pas produites en l'absence de cet accident, y trouvent leur cause directe et certaine ; qu'en retenant que M. [P] ne pouvait obtenir réparation des conséquences ou des séquelles des interventions auxquelles il s'était volontairement soumis à partir de 2013 pour améliorer son état de santé, faute de lien de causalité entre le préjudice invoqué et l'accident, la cour d'appel a violé l'article 1382, devenu 1240, du code civil.

Le quatrième moyen de cassation fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir déclaré irrecevable la demande formée par M. [P] au titre du poste PGPF (perte de gains professionnels futurs) :

Aux motifs que sur la demande d'indemnisation formée par M. [P] au titre de l'aggravation de son préjudice : M. [P] a bénéficié à partir de 2013, plus de deux ans après sa consolidation, de plusieurs interventions chirurgicales qui avaient pour objet d'améliorer son état ;
que dès lors et comme le soutient la société d'assurances Axa, M. [P] n'a pas été victime d'une aggravation de son préjudice postérieurement à la transaction conclue en janvier 2011 ;
qu'en effet, lorsqu'à la suite de sa consolidation une victime qui a bénéficié d'une indemnisation se soumet à de nouveaux soins médicaux ou chirurgicaux qui ont pour but d'améliorer son état, les conséquences de ces nouveaux soins ou interventions ne peuvent être qualifiées d'aggravations de l'état initial ;
qu'en son principe, la demande de M. [P] en réparation de son préjudice résultant des conséquences d'une aggravation de son état alors qu'il s'agit des conséquences ou des séquelles des interventions auxquelles il s'est volontairement soumis pour améliorer son état, n'est pas recevable, faute de lien de causalité entre l'accident et le préjudice invoqué ;
que par conséquent, les offres d'indemnisation formulées par les sociétés MACIF et Axa ne peuvent qu'être déclarées

satisfactoires, faute de tout droit à indemnisation ;
que dès lors, la cour entérine les offres formulées par les sociétés MACIF et Axa IARD et, infirmant le jugement en ce qu'il a alloué à M. [P] la somme de 890 785,87 euros au titre d'une perte de gains professionnels futurs, déboutera M. [P] de sa demande à ce titre et confirmera le jugement en ce qu'il a condamné la MACIF, relevée par la société Axa France IARD, à lui verser une somme totale de 62 511,04 euros, détaillée comme suit :
tierce personne à titre temporaire :28 102,50 euros,
DFT :13 739,05 euros,
PGPA : 9 669,49 euros,
préjudice esthétique temporaire : 300 euros,
souffrances endurées : 10 000 euros,
préjudice esthétique permanent : 700 euros,
dépenses de santé futures :réserve des droits (arrêt p. 12) ;

Et aux motifs, à les supposer adoptés des premiers juges, qu'au vu de l'autorité de la chose jugée dont sont atteints les deux protocoles transactionnels, l'indemnisation aujourd'hui réclamée ne peut concerner qu'une aggravation postérieure aux transactions et chercher à réviser le montant du préjudice originaire définitivement évalué par les deux transactions litigieuses ;

1/ Alors que la cassation qui sera prononcée sur le premier moyen entraînera par voie de conséquence la cassation du chef de dispositif critiqué par le présent moyen, en application de l'article 624 du code de procédure civile, les chefs de dispositif critiqués étant unis par un lien de dépendance nécessaire ;

2/ Alors que l'aggravation du dommage peut résulter des préjudices nouveaux résultant des soins prodigués à la victime postérieurement à la consolidation, fût-ce pour améliorer son état séquellaire ; qu'en jugeant le contraire, la cour d'appel a violé les articles 1382, devenu 1240, du code civil, et L. 211-19 du code des assurances, ensemble le principe de la réparation intégrale ;

3/ Alors que le juge doit, en toutes circonstances, faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction ; que pour déclarer M. [P] irrecevable en sa demande formée au titre du poste perte des gains professionnels futurs, la cour d'appel a retenu qu'en son principe, la demande de M. [P] en réparation de son préjudice résultant des conséquences d'une aggravation de son état, alors qu'il s'agit des conséquences ou des séquelles des interventions auxquelles il s'est volontairement soumis pour améliorer son état, n'est pas recevable, faute de lien de causalité entre l'accident et le préjudice invoqué ; qu'en statuant ainsi sans avoir, au préalable, invité les parties à présenter leurs observations sur ce moyen relevé d'office, la cour d'appel a violé l'article 16 du code de procédure civile ;

4/ Alors, à titre subsidiaire, que la recevabilité d'une demande n'est pas subordonnée à la démonstration préalable de son bien fondé ; qu'en retenant, pour juger M. [P] irrecevable en sa demande formée au titre du poste perte de gains professionnels futurs, qu'en son principe, sa demande en réparation de son préjudice résultant des conséquences d'une aggravation de son état, alors qu'il s'agit des conséquences ou des séquelles des interventions auxquelles il s'est volontairement soumis pour améliorer son état, n'est pas recevable, faute de lien de causalité entre l'accident et le préjudice invoqué, la cour d'appel a violé l'article 122 du code de procédure civile. Moyen produit au pourvoi incident par la SCP Célice, Texidor, Périer, avocat aux Conseils, pour la société Axa France IARD

La société Axa France Iard fait grief à l'arrêt attaqué d'AVOIR fixé la créance globale de la CPAM de l'Isère depuis la date de l'accident, jusqu'au 26 juin 2015, à la somme de 285.520,37 €.

1°) ALORS QU'en accueillant la demande de la CPAM de l'Isère qui avait chiffré ses débours à hauteur de 285.520,37 €, au simple motif que la prise en charge de M. [P] par la CPAM remontait au jour de l'accident, sans répondre aux conclusions par lesquelles l'exposante avait fait valoir (conclusions, p. 15) que la caisse avait déjà été remboursée de ses débours, au titre du préjudice initial subi par M. [P], dans le cadre de l'exécution du second protocole régularisé le 19 janvier 2011, ce qui était établi par les pièces n° 12 et 13 produites par la MACIF, de sorte qu'elle ne pouvait en être payée une seconde fois, ces frais déjà réglés étant pourtant repris, dans la déclaration de créance de la caisse du 18 juillet 2018, à hauteur de 83.481,84 €, la cour d'appel a méconnu les prescriptions de l'article 455 du code de procédure civile ;

2°) ALORS QU'en faisant droit à la demande de la CPAM de l'Isère qui avait chiffré ses débours à hauteur de 285.520,37 €, au simple motif que la prise en charge de M. [P] par la CPAM remontait au jour de l'accident, sans répondre aux conclusions par lesquelles l'exposante faisait valoir (conclusions, p. 16 et 17) que la CPAM de l'Isère ne pouvait prétendre, pour la période postérieure au 20 février 2013 (tous les frais antérieurs lui ayant déjà été réglés), qu'au remboursement des frais se trouvant en lien avec les séquelles initiales subies par M. [P], outre que l'exposante ne pouvait avoir à payer des arrérages de rente viagère qu'elle avait déjà réglées sous forme de capital dans le cade de l'exécution du protocole du 19 janvier 2011, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure civile.