

15 février 2024

Cour de cassation

Pourvoi n° 21-18.138

Deuxième chambre civile – Formation restreinte hors RNSM/NA

Publié au Bulletin

ECLI:FR:CCASS:2024:C200153

Titres et sommaires

ASSURANCE RESPONSABILITE - Responsabilité civile médicale - Garantie - Conditions - Réclamation du tiers lésé -
Assignation en référé pour désignation d'expert

En matière d'assurance obligatoire de responsabilité civile médicale prévue à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, l'assignation en référé, délivrée à l'assuré par le tiers lésé en vue de la désignation d'un expert aux fins de déterminer les responsables des dommages dont le tiers lésé se prétendait victime et d'évaluer les préjudices, constitue, au sens de l'article L. 251-2, alinéas 1 à 3, du code des assurances, la réclamation à laquelle est suspendue la garantie de l'assureur

EXPERTISE - Demande - Assurance - Responsabilité civile médicale - Assignation - Réclamation du tiers lésé - Condition de la garantie

Texte de la décision

Entête

CIV. 2

LM

COUR DE CASSATION

Audience publique du 15 février 2024

Cassation partielle

Mme MARTINEL, président

Arrêt n° 153 F-B

Pourvoi n° Z 21-18.138

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

A U N O M D U P E U P L E F R A N Ç A I S

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 15 FÉVRIER 2024

La société Medical Insurance Company Limited, dont le siège est [Adresse 1] (Irlande), a formé le pourvoi n° Z 21-18.138 contre l'arrêt rendu le 11 mars 2021 par la cour d'appel de Versailles (3e chambre), dans le litige l'opposant :

1°/ à M. [L] [I], domicilié [Adresse 6],

2°/ à Mme [K] [V], domiciliée [Adresse 3], prise en son nom personnel et en qualité de représentante légale de sa fille mineure, [P] [V], née le 6 septembre 2004,

3°/ à M. [Z] [V], domicilié [Adresse 5],

4°/ à M. [M] [V], domicilié [Adresse 7],

5°/ à M. [R] [V], domicilié [Adresse 8],

6°/ à M. [W] [V], domicilié [Adresse 10], pris en son nom personnel et en qualité de représentant légal de sa fille mineure, [P] [V], née le 6 septembre 2004,

7°/ à la caisse primaire d'assurance maladie du Maine-et-Loire, dont le siège est [Adresse 4],

8°/ au Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé exerçant à titre libéral, dont le siège est [Adresse 2], représenté par la Caisse centrale de réassurance,

9°/ à Mme [P] [V], domiciliée [Adresse 3],

défendeurs à la cassation.

M. [L] [I] a formé un pourvoi incident contre le même arrêt.

La demanderesse au pourvoi principal invoque, à l'appui de son recours, un moyen unique de cassation.

Le demandeur au pourvoi incident invoque, à l'appui de son recours, trois moyens de cassation.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de M. Martin, conseiller, les observations de la SARL Matuchansky, Poupot, Valdelièvre et Rameix, avocat de la société Medical Insurance Company Limited, de la SAS Bouilloche, Colin, Stoclet et Associés, avocat de M. [I], de la SCP Foussard et Froger, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie du Maine-et-Loire, de la SARL Le Prado - Gilbert, avocat de M. [W] [V], en son nom personnel et en qualité de représentant légal de sa fille mineure, [P] [V], et Mme [P] [V], de la SCP Rocheteau, Uzan-Sarano et Goulet, avocat du Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé exerçant à titre libéral, représenté par la Caisse centrale de réassurance, et l'avis de Mme Nicolétis, avocat général, après débats en l'audience publique du 9 janvier 2024 où étaient présents Mme Martinel, président, M. Martin, conseiller rapporteur, Mme Leroy-Gissingier, conseiller doyen, et Mme Cathala, 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.

Exposé du litige

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Versailles, 11 mars 2021) et les productions, le 6 septembre 2004, [P] [V] est née en état de mort apparente, à la suite d'un retard fautif dans la prise en charge de l'accouchement de sa mère par M. [I], gynécologue-obstétricien (le médecin) exerçant à titre libéral au sein de la Clinique de [9], et présente un handicap très important.
2. Saisi par une assignation du 26 janvier 2007, un juge des référés a, par ordonnance du 12 février 2008, ordonné une mesure d'expertise confiée à deux experts, lesquels ont déposé leur rapport le 30 juin 2009.
3. Les 16, 17, 20, 22 et 28 février 2012, M. et Mme [V], agissant en leur nom personnel et en qualité de représentants légaux de leurs enfants mineurs [P] et [M], et MM. [R] et [Z] [V] ont assigné en responsabilité et indemnisation le médecin, lequel a appelé en garantie son assureur responsabilité civile, la société Medical Insurance Company Limited (l'assureur), et la caisse primaire d'assurance maladie du Maine-et-Loire (la caisse).
4. Le médecin a interjeté appel du jugement qui a dit, d'une part, qu'il avait commis un manquement lors de l'accouchement à l'origine d'une perte de chance pour [P] [V] de naître sans séquelle évaluée à 70 %, d'autre part, que l'assureur devra le garantir des condamnations prononcées à son encontre dans la limite du plafond de garantie contractuellement fixé à trois millions d'euros. Il a appelé en intervention forcée le Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Moyens

Examen des moyens

Sur le premier moyen du pourvoi incident, formé par le médecin

Motivation

5. 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 ce moyen qui est irrecevable.

Moyens

Mais sur le premier moyen, pris en sa première branche, du pourvoi principal de l'assureur

Enoncé du moyen

6. L'assureur fait grief à l'arrêt d'infirmier le jugement qui avait jugé qu'il devait sa garantie dans la limite du plafond contractuellement fixé à trois millions d'euros et de juger qu'il devait sa garantie à hauteur du plafond de huit millions d'euros, alors « que constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit et adressée à l'assuré ou à son assureur ; que l'assignation en référé délivrée à l'assurée par le tiers lésé en vue de la désignation d'un expert aux fins de constater et d'évaluer le dommage constitue une réclamation ; que pour condamner la Medical Insurance Company à hauteur du plafond de 8 millions d'euros, la cour d'appel a considéré que l'assignation du 26 janvier 2007 n'était pas une réclamation ; qu'en relevant pourtant que cette assignation tendait à déterminer les responsables des séquelles de l'enfant et à l'évaluation de ses préjudices, de sorte qu'il s'agissait bien d'une réclamation, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et a violé les articles L. 1142-2 du code de la santé publique et L. 251-2 du code des assurances et par fausse application l'article R. 1142-4 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du décret du 29 décembre 2011. »

Motivation

Réponse de la Cour

Recevabilité du moyen

7. La caisse conteste la recevabilité du moyen comme nouveau, mélangé de fait et de droit. Elle soutient que si, dans ses conclusions d'appel, l'assureur faisait valoir que l'accouchement avait donné lieu à une première réclamation devant les instances judiciaires par assignation en date du 26 janvier 2007, il ne soutenait pas que l'assignation en référé valait réclamation pour cette seule raison qu'elle tendait à l'évaluation du dommage.

8. Cependant, le moyen, qui est né de l'arrêt attaqué, est, dès lors, recevable.

Bien-fondé du moyen

Vu l'article L. 1142-2, alinéas 1 et 3, du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002, et l'article R. 1142-4 du même code, dans sa rédaction issue du décret n° 2003-462 du 21 mai 2003, applicables au litige, et l'article L. 251-2, alinéas 1 à 3, du code des assurances :

9. Il résulte du premier de ces textes que les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont tenus 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. Ces contrats peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour ces professionnels sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

10. Aux termes du deuxième, les plafonds mentionnés à l'article L. 1142-2 ne peuvent être inférieurs à trois millions d'euros par sinistre et à dix millions d'euros par année d'assurance.

11. Aux termes du troisième, constitue un sinistre, pour les risques mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable ou d'un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'assuré garanties par le contrat, et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, et adressée à l'assuré ou à son assureur. Tout contrat d'assurance conclu en application de l'article L. 1142-2 du même code garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait dommageable est survenu dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation.

12. Pour dire que l'assureur doit sa garantie à hauteur d'un plafond de huit millions d'euros, après avoir énoncé que les contrats d'assurance garantissant la responsabilité médicale sont obligatoirement souscrits en base réclamation, l'arrêt retient que l'assignation du 26 janvier 2007, qui saisissait le juge des référés en vue de l'organisation d'une expertise n'est pas une réclamation au sens de l'article L. 251-2 du code des assurances dès lors qu'elle ne tendait pas à la réparation d'un dommage mais à la détermination des responsables des séquelles de l'enfant et à l'évaluation de ses préjudices.

13. En statuant ainsi, alors qu'en matière d'assurance obligatoire de responsabilité civile médicale, l'assignation en référé délivrée à l'assuré par le tiers lésé, en vue de la désignation d'un expert aux fins de déterminer les responsables des dommages dont le tiers lésé se prétendait victime et d'évaluer les préjudices, constitue la réclamation à laquelle est subordonnée la garantie de l'assureur, la cour d'appel, qui n'a pas tiré les conséquences légales de ses constatations, a violé les textes susvisés.

Moyens

Sur le deuxième moyen du pourvoi incident

Enoncé du moyen

14. Le médecin fait grief à l'arrêt de le condamner à payer à M. et Mme [V], en leur qualité de représentants légaux de leur fille [P] [V], la somme de 1 748 977,54 euros au titre de la tierce personne, alors « que la réparation du préjudice doit être intégrale, sans perte ni profit pour la victime ; que pour la période postérieure aux trois ans de la victime, à compter du mois de septembre 2007, la cour d'appel a retenu que le besoin annuel d'assistance par une tierce personne s'élevait à 16 heures actives et 8 heures passives par jour, soit 5 840 heures actives et 2 920 heures passives par an, mais qu'il y avait lieu de déduire des heures actives le temps passé par la victime en milieu scolaire ; qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que le temps scolaire représentait un total de 1 530 heures par an, réparties sur 36 semaines, et qu'après déduction de ces 1 530 heures scolaires, le nombre d'heures actives restantes s'élevait, annuellement, à 4 310 ; que la cour d'appel a toutefois ajouté à ce résultat 1 530 nouvelles heures actives par an censées correspondre au besoin d'assistance par une tierce personne « en dehors des périodes scolaires » ; qu'en procédant ainsi, la cour d'appel a réintégré le temps scolaire annuel qu'elle avait précédemment retranché et, partant, n'a pas tiré les conséquences légales de sa constatation selon laquelle le temps passé par la victime en milieu scolaire avait lieu d'être déduit du

nombre d'heures de tierce personne active ; qu'il suit de là que la cour d'appel a violé le principe de la réparation intégrale sans perte ni profit, ensemble l'article L. 1142-1, I, du code de la santé publique. »

Motivation

Réponse de la Cour

Vu le principe de la réparation intégrale sans perte ni profit pour la victime :

15. Pour condamner le médecin à payer à M. et Mme [V], en leur qualité de représentants légaux de leur fille [P] [V], la somme de 1 748 977,54 euros au titre de ses besoins d'assistance par une tierce personne, après avoir retenu que [P] [V] nécessite l'aide d'une tierce personne non spécialisée 24 heures sur 24 tout au long de l'année, y compris les week-end et les jours fériés, et énoncé que de ce temps sera déduit celui passé en milieu scolaire spécialisé, puis constaté que de septembre 2007 à septembre 2018, [P] [V] était scolarisée, l'arrêt en déduit que pendant cette période de 11 années, son préjudice représente chaque année le coût de 2 920 heures d'assistance passive et celui de 4 310 heures d'assistance active en période scolaire et de 1 530 heures d'assistance active en dehors des périodes scolaires.

16. En statuant ainsi, en omettant de déduire des heures de présence active que nécessitait l'état de santé de [P] [V] celles pendant lesquelles elle était scolarisée, la cour d'appel a violé le principe susvisé.

Moyens

Et sur le troisième moyen du pourvoi incident, pris en sa deuxième branche

Enoncé du moyen

17. Le médecin fait grief à l'arrêt de le condamner à payer à M. et Mme [V], ès qualités, la somme de 20 000 euros au titre des frais de véhicule adapté, alors « que le juge doit, en toutes circonstances, observer le principe de la contradiction ; qu'en procédant d'office à l'actualisation du devis qu'invoquaient M. et Mme [V], en leur qualité de représentants légaux de leur fille [P], à l'appui de leur demande relative aux frais de véhicule adapté, sans inviter au préalable les parties à présenter leurs observations sur ce point, la cour d'appel a méconnu le principe de la contradiction, en violation de l'article 16 du code de procédure civile. »

Motivation

Réponse de la Cour

Vu l'article 16 du code de procédure civile :

18. Aux termes de ce texte, le juge doit, en toutes circonstances, faire observer et observer lui-même le principe de la contradiction.

19. Pour condamner le médecin à payer à M. et Mme [V], ès qualités, la somme de 20 000 euros au titre des frais de véhicule adapté, après avoir relevé que le devis versé aux débats portant sur les frais d'aménagement du véhicule date

de janvier 2011, l'arrêt retient qu'après actualisation de ce devis qui sera porté à 20 000 euros, il sera alloué aux consorts [V], après application du taux de perte de chance fixé à 70 %, la somme de 14 000 euros.

20. En statuant ainsi, sans avoir au préalable invité les parties à présenter leurs observations sur ce moyen relevé d'office tiré de l'actualisation du devis produit, la cour d'appel a violé le texte susvisé.

Dispositif

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

CASSE ET ANNULE, mais seulement en ce qu'il :

- dit que la société Medical Insurance Company Limited doit sa garantie à hauteur du plafond de huit millions d'euros,
- fixe à la somme de 1 748 977,54 euros les frais de la tierce personne et condamne in solidum M. [I] et la société Medical Insurance Company Limited à payer cette somme à M. et Mme [V], en qualité de représentants légaux de leur fille [P] [V],
- fixe à la somme de 20 000 euros les frais de véhicule adapté et condamne M. [I] à payer cette somme à M. et Mme [V], en qualité de représentants légaux de leur fille [P] [V],

l'arrêt rendu le 11 mars 2021, entre les parties, par la cour d'appel de Versailles ;

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 Versailles autrement composée ;

Condamne M. [I] aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes ;

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 quinze février deux mille vingt-quatre.

Décision attaquée

Cour d'appel de versailles 03
11 mars 2021 (n°19/01185)

Textes appliqués

Article 16 du code de procédure civile.

Article L. 1142-2, alinéas 1 et 3, du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002,.

Article R. 1142-4 du même code, dans sa rédaction issue du décret n° 2003-462 du 21 mai 2003, applicables au litige,.

Article L. 251-2, alinéas 1 à 3, du code des assurances.

Rapprochements de jurisprudence

1^{re} Civ., 29 février 1972, pourvoi n° 70-12.487, Bull. 1972, n° 66 (cassation).

2^e Civ., 10 novembre 2009, pourvoi n° 08-20.311 (cassation).

Les dates clés

- Cour de cassation Deuxième chambre civile 15-02-2024
- Cour d'appel de Versailles 03 11-03-2021