

N°345776
CPAM du Havre

5^{ème} et 4^{ème} sous-sections réunies

Séance du 27 février 2013

Lecture du 20 mars 2013

CONCLUSIONS

M. Nicolas POLGE, rapporteur public

Le pourvoi incident de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) justifie plus l'inscription de cette affaire au rôle de votre formation de jugement que le pourvoi principal de M. et Mme L., tout en ayant, paradoxalement, sans doute moins de chance d'emporter votre conviction.

Par des motifs de l'arrêt qui ne sont plus contestés à ce stade, la contamination de M. L. par le virus de l'hépatite C, qu'il a apprise en 2003, a été attribuée aux transfusions sanguines qu'il a subies en 1974 dans les suites de l'intervention chirurgicale rendue nécessaire sur son avant-bras gauche par un accident de travail. M. L. et son épouse ont demandé réparation des préjudices que leur a causés cette contamination à chacun. Par jugement du 9 juillet 2008, le tribunal administratif de Rouen a condamné l'Etablissement français du sang (E.F.S.) à verser 14 000 euros à M. L. et une somme de 23 863,13 euros à la caisse primaire d'assurance maladie du Havre. Il a rejeté les conclusions indemnitaires de Mme L..

Sur appel commun de M. et Mme L. et de la caisse primaire, la cour administrative d'appel de Douai, par l'arrêt du 16 novembre 2010, a mis hors de cause l'E.F.S. et lui a substitué l'ONIAM, a porté à 20 000 euros la condamnation de ce dernier envers M. L., l'a également condamné à verser 3 000 euros à Mme L. et a rejeté les conclusions d'appel de la C.P.A.M.

Bien qu'ils n'aient ainsi obtenu qu'une satisfaction très partielle de leurs demandes, qui tendaient à obtenir un total d'indemnisation de 200 500 euros à eux deux, M. et Mme L. ne contestent pas l'arrêt.

1. La caisse primaire d'assurance maladie du Havre, en revanche, conteste les motifs par lesquels la cour a refusé de faire droit à ses conclusions d'appel. Celles-ci tendaient principalement à ce que la cour, contrairement au tribunal, impute à la contamination par le virus de l'hépatite C les arrêts de maladie au titre desquels la caisse a versé à M. L., entre 1993 et 1999, un total de 7 666,12 euros d'indemnités journalières.

Contrairement à ce qu'elle soutient, il ne ressort pas de l'arrêt que la cour, en estimant que la caisse, par la seule production d'une attestation de son médecin conseil indiquant que de tels débours, antérieurs au diagnostic de l'hépatite de M. L., sont probablement imputables à celle-ci, n'établissait pas l'existence d'un lien de causalité entre les conséquences dommageables de la contamination et ces frais, n'a pas par principe et de manière générale écarté le recours à une telle pièce comme mode de preuve possible. Elle n'a donc pu commettre l'erreur de droit que lui reproche à cet égard la caisse. Elle n'a pas non plus dénaturé cette pièce du dossier : le médecin conseil attestait que l'imputabilité était « hautement probable », mais la cour pouvait, dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation de l'existence du lien de causalité et de la valeur probante des pièces, considérer celle-ci comme insuffisante.

Contrairement également à ce que soutient la caisse, la cour n'a pas omis de statuer sur des conclusions d'appel de la caisse relatives à une somme de 23 863,13 euros correspondant à des frais médicaux : elle s'est prononcée sur le droit de la caisse à obtenir la somme de 7 666,12 euros que le tribunal avait refusé de lui allouer en remboursement des indemnités journalières versées à M. L., et cela suffisait à répondre aux conclusions d'appel de la caisse- il n'y avait pas à revenir sur la part des débours de la caisse que le tribunal avait accepté d'indemniser, qui n'était plus discutée en appel.

En revanche, la cour, qui a visé des conclusions de la caisse tendant à l'attribution de l'indemnité forfaitaire de gestion mise à la charge du tiers responsable par le neuvième alinéa de l'article L.376-1 du code de la sécurité sociale, lesquelles figuraient bien dans la requête d'appel, n'en a dit mot dans les motifs de son arrêt. On pourrait concevoir que la cour ait implicitement considéré que la caisse ne demandait pas une nouvelle attribution de cette indemnité mais se bornait à reproduire inutilement des conclusions de première instance auxquelles le tribunal administratif avait fait droit. Toujours est-il que subsiste ainsi de manière inexplicée un écart entre la lettre de la requête de la caisse, telle qu'elle était effectivement rédigée et telle que l'a analysée la cour dans les visas, et la réponse qui lui est apportée. Or l'obligation pour le juge de statuer sur l'ensemble des conclusions est générale et ne souffre que peu d'exceptions, qui comprennent, dans le cas le plus proche de la présente espèce, les conclusions de sursis à exécution d'un jugement, lorsque le rejet, par une même décision, de conclusions à fin d'annulation de ce jugement prive nécessairement d'objet les conclusions à fin de sursis (3 décembre 1999, *M.*, n°162925, T. 738, 746, 971, 984 sur un autre point). Ici, le rejet des conclusions tendant à ce que la cour majore l'indemnité due à la caisse n'entraînait pas nécessairement le rejet des conclusions relatives à l'indemnité forfaitaire de gestion, selon ce que le tribunal avait jugé sur ce point. Vous pourrez donc, dans le cadre de votre plein contrôle de l'interprétation par les juges du fond des conclusions dont ils sont saisis, regarder l'arrêt comme entaché sur ce point d'une omission à statuer.

Régler ensuite l'affaire au fond sur ce point mineur vous permettra d'explicitier certains aspects du régime de l'indemnité forfaitaire de gestion.

Aux termes de l'article L.376-1 du code de la sécurité sociale, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime d'un accident ou d'une affection imputable à un tiers la recouvre auprès de ce tiers, en contrepartie des frais

qu'elle engage pour obtenir le remboursement, par la voie du recours subrogatoire, des prestations qu'elle a servies au titre des préjudices imputables à l'accident ou à la maladie. Son montant doit être égal au tiers des sommes dues, dans la limite d'un plafond relevé chaque année par arrêté ministériel. Ce plafond était de 941 euros lorsque la caisse a présenté des conclusions tendant à l'allocation de l'indemnité ; il est aujourd'hui de 1 015 euros.

Par un avis contentieux du 28 mars 2001 (*H.*, n°228598, p.163), vous avez admis que la caisse, qui est autorisée par la loi à recouvrer l'indemnité forfaitaire auprès du tiers responsable selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale, pouvait alternativement assortir la demande de condamnation du tiers responsable au remboursement de ses débours, quand elle en saisit la juridiction administrative, de conclusions accessoires portant sur l'indemnité forfaitaire de gestion. Vous avez ensuite accepté, eu égard à ce caractère accessoire, et contrairement à ce que vous aviez d'abord jugé par une décision du 27 septembre 2002 (*Mme N c/ centre hospitalier intercommunal de Créteil*, 211370, p.315 sur d'autres points), que ces conclusions soient présentées pour la première fois en appel (19 février 2007, *M. C.*, 274 758, T. 1045, 1079, 1095). Lorsque le plafond de l'indemnité forfaitaire de gestion est relevé entre le moment où la caisse présente ses conclusions tendant à ce qu'elle lui soit attribuée et le moment où le juge statue, la caisse n'a pas à actualiser le montant de ses conclusions : le juge doit tirer d'office les conséquences de ce relèvement, conformément à votre décision du 19 décembre 2007, *Etablissement français du sang*, n°258305, T. 1053, 1095.

Les points que permettra d'éclairer le règlement de l'affaire au fond par vos soins, et qui sont nouveaux à ce niveau de formation de jugement, sont les suivants :

a) le droit à l'indemnité forfaitaire de gestion doit être regardé comme attaché à l'action par laquelle la caisse obtient une indemnisation de ses débours, et non comme attaché à chaque instance juridictionnelle couronnée de succès sur ce point. Ceci résulte nécessairement de ce que l'indemnité est en principe, aux termes de la loi, recouvrée par la caisse par la voie administrative, et fixé, dans la limite du plafond forfaitaire, au tiers des sommes dues. Une solution contraire aboutirait à ce que le montant maximum susceptible d'être perçu par la caisse varie en réalité considérablement, du fait de son plafonnement forfaitaire, selon que la caisse aurait choisi la voie administrative ou contentieuse, ce qui encouragerait d'ailleurs le contentieux, et selon qu'elle aurait obtenu satisfaction en une ou plusieurs fois. Un tel système ne serait pas inconcevable, mais il paraîtrait d'autant plus inattendu par rapport à celui que prévoyait le législateur que l'ouverture de la voie contentieuse résulte d'une exception prétorienne à votre jurisprudence *préfet de l'Eure* (30 mai 1913, p.583) en vertu de laquelle les autorités administratives sont irrecevables à demander au juge ce qu'elles ont le pouvoir de faire elles-mêmes, en particulier en matière de recouvrement de sommes d'argent.

b) Il s'ensuit que lorsque une condamnation du tiers responsable au paiement de l'indemnité forfaitaire a été prononcée par les premiers juges, la caisse ne peut obtenir ensuite qu'un rehaussement du montant de l'indemnité forfaitaire, non une nouvelle condamnation, et seulement si elle obtient une majoration des sommes qui lui sont dues au titre de son action en indemnisation de ses débours alors que le montant d'indemnité

forfaitaire déjà alloué s'avèrerait, du fait de cette majoration et de la durée de la procédure, inférieur à la fois au tiers du montant de la condamnation globale obtenue et au plafond résultant du dernier arrêté ministériel en vigueur à la date à laquelle le juge d'appel statue, ou bien dans le cas, bien entendu, où les premiers juges se sont mépris sur le montant auquel elle avait droit. On trouve dans les décisions de votre cinquième sous-section jugeant seule quelques exemples de révision dans ces conditions du montant de l'indemnité forfaitaire de gestion (par ex : 9 mars 2009, *C.P.A.M. de la Marne*, n°304539, C ; 24 juillet 2009, *consorts B.*, n°281702, C).

En l'espèce, si le montant de l'indemnité forfaitaire a été porté, dans le cours de la procédure, de 941 à 1015 euros, la C.P.A.M. n'a obtenu en appel aucune majoration des sommes qui lui sont dues au titre des prestations versées. Ses conclusions d'appel relatives à l'indemnité forfaitaire de gestion doivent donc être rejetées.

2. Par son pourvoi incident, l'ONIAM conteste le refus de la cour administrative d'appel de le mettre hors de cause.

Par son jugement du 9 juillet 2008, le tribunal avait condamné l'établissement français du sang aux indemnisations demandées. Or, en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L.1142-22 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du II de l'article 67 de la loi du 17 décembre 2008, l'ONIAM est chargé « *de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang en application de l'article L. 1221-14* ». Aux termes du premier alinéa du IV du même article 67 : « *A compter de la date d'entrée en vigueur du présent article, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se substitue à l'Etablissement français du sang dans les contentieux en cours au titre des préjudices mentionnés à l'article L. 1221-14 du code de la santé publique n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable* ».

Par vos avis du 7 décembre 2009, *L. et M. et Mme B.*, n°329466, 329489, p.490, et du 18 mai 2011, *Etablissement français du sang*, n°343823, p.243, vous avez précisé que l'ensemble de ces dispositions est entré en vigueur le 1^{er} juin 2010, compte tenu de la publication des décrets d'application nécessaires, que les juges devaient appeler l'ONIAM dans les procédures en cours à cette date, et que celui-ci se substituait à l'E.F.S. tant à l'égard des victimes que des tiers payeurs ayant versé des prestations à la victime d'un dommage résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins, alors même que ces tiers payeurs n'ont pas la possibilité d'exercer de recours subrogatoire contre l'ONIAM, qui n'assure pas la réparation de ces préjudices en qualité d'auteur responsable mais au titre de la solidarité nationale.

Aussi, la cour, statuant en appel au-delà du 1^{er} juin 2010, a-t-elle, par des motifs à cet égard suffisants, mis hors de cause l'E.F.S. et lui a substitué l'ONIAM. L'ONIAM ne conteste pas que telle soit en principe la conséquence des dispositions issues de l'article 67 de la loi du 17 décembre 2008, mais il invoque comme en appel la

4

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

circonstance particulière qu'avant leur entrée en vigueur, la garantie de l'E.F.S. par son assureur aurait été acquise, en vertu de la mise en œuvre d'une clause de direction du procès, ce qui ferait obstacle à la mise hors de cause de l'E.F.S. et à la condamnation de l'ONIAM, l'indemnisation de la victime et du tiers payeur devant être assurée dans ce cas non par l'ONIAM mais par l'assureur de l'E.F.S.

L'article L. 113-17 du code des assurances créé par la loi n°89-1014 du 31 décembre 1989 dispose : « *L'assureur qui prend la direction d'un procès intenté à l'assuré est censé aussi renoncer à toutes les exceptions dont il avait connaissance lorsqu'il a pris la direction du procès.* ». Une clause de direction du procès figurait bien au contrat conclu en 1970 entre la société La Protectrice et l'association gérant le poste de transfusion sanguine du Havre, rédigée en ces termes : « *art 12) en cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par le présent contrat, l'assureur dans la limite de sa garantie : a) devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, assume la défense de l'assuré, dirige le procès et a le libre exercice des voies de recours.* ». Elle aurait été mise en œuvre en l'espèce du fait de la représentation de l'E.F.S. par l'avocat choisi, selon l'ONIAM, par son assureur. Il n'est pas besoin en cassation de s'interroger sur la réalité de cette mise en œuvre de la clause, la cour ayant jugé cette circonstance sans incidence, par un motif que l'ONIAM estime entaché, dès lors, d'erreur de droit.

Le moyen est original. Il a trait à un problème sérieux, né de ce que le IV de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la substitution de l'ONIAM à l'E.F.S. tant à l'égard des victimes qu'à l'égard des tiers payeurs, ainsi que vous l'avez précisé, mais ne comportait initialement aucune disposition relative à la succession de l'ONIAM à l'E.F.S. dans les droits de ce dernier tirés de contrats d'assurance. Or il est certain que, dans l'hypothèse où le transfert des obligations de l'E.F.S. à l'ONIAM aurait fait disparaître la dette des assureurs née des contrats souscrits par l'E.F.S. ou bien dans lesquels il a succédé aux droits des centres de transfusion sanguine, on se trouverait face à une transformation injustifiée d'une dette privée en dette publique, sans contrepartie à la charge des assureurs. Mais le texte du IV de l'art 67 de la loi du 17 décembre 2008 et l'interprétation que vous en avez tirée sont clairs et sans réserve : la substitution de l'ONIAM à l'E.F.S. dans les procédures en cours, et la mise hors de cause de ce dernier, ne connaissent pas d'exception, et les effets que ce transfert est susceptible d'entraîner en ce qui concerne les obligations des assureurs sont, à les supposer établis, sans incidence sur l'existence du transfert voulu par le législateur. La cour n'a donc pas commis d'erreur de droit en estimant sans incidence l'acquisition éventuelle par l'E.F.S. de la garantie de son assureur au titre d'une clause contractuelle.

Au reste, le législateur paraît avoir pris récemment les moyens de régler le problème soulevé par l'ONIAM. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a en effet complété le IV de l'article 67 de la LFSS 2009 par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'office a indemnisé une victime et, le cas échéant, remboursé des tiers payeurs, il peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a

versées par les assureurs des structures reprises par l'Etablissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute. »

Si la C.P.A.M. obtient une satisfaction partielle en cassation, celle-ci reste platonique compte tenu du règlement au fond qui s'ensuit, mais fait toutefois obstacle à ce qu'elle soit considérée comme la partie perdante. Aussi il ne semble y avoir lieu d'allouer ni à l'ONIAM ni à la C.P.A.M. les sommes qu'ils demandent au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

PCM :

- à l'annulation de l'arrêt de la cour administrative d'appel de Douai du 16 novembre 2010 en tant qu'il a omis de statuer sur les conclusions de la C.P.A.M. du Havre relatives à l'indemnité forfaitaire prévue par l'article L.376-1 du code de justice administrative ;
- au rejet du surplus des conclusions du pourvoi ;
- au rejet des conclusions de la C.P.A.M. du Havre présentées devant la cour administrative d'appel de Douai et tendant à l'allocation de cette indemnité ;
- au rejet du pourvoi incident de l'ONIAM.