

Le contrat d'exercice médical à l'épreuve des restructurations des cliniques privées

Yves LACHAUD
Avocat au barreau de Paris
Ancien membre du conseil de l'Ordre
Ancien membre du Conseil national des barreaux

Thomas BELLEVILLE
Elève-avocat
CRFPA Versailles

Le droit médical offre parfois au civiliste des éléments de réflexion dans le domaine du droit commun des contrats. Ainsi, le sort des contrats d'exercice des médecins libéraux à l'occasion des restructurations opérées par les établissements de santé privés, nourrit un rapport parfois complexe avec les principes fondamentaux du droit civil, qui, toujours présents en filigrane, s'atténuent parfois au profit d'exigences supérieures de santé publique.

Les cliniques sont placées au centre d'intérêts divergents, sinon contradictoires. Etablissements de droit privé, elles sont soumises à des impératifs économiques, avec ce que cela peut suggérer en termes de recherche de rentabilité pour les cliniques à but lucratif. Les restructurations des cliniques s'apparentent de près aux restructurations de sociétés commerciales : changement d'actionnariat, transformation d'activités non rentables, fermetures de services, fusions et regroupement d'établissements, ou encore cessions d'activités ou de contrats.

Mais les cliniques ne sont pas uniquement des acteurs économiques en quête de profit. En participant au système national d'accès aux soins, elles sont soumises au droit public de la santé et au droit sanitaire, lesquels imposent notamment des normes d'installation, de planification, de fonctionnement. Ce double apport, intérêt privé et intérêt public sanitaire, influe directement sur les rapports contractuels des cliniques avec les médecins qui exercent en leurs murs.

Les relations entre clinique et médecins libéraux s'inscrivent le plus souvent dans un « contrat d'exercice libéral » écrit ou verbal. Or, ce type de contrat est soumis au droit commun des contrats, c'est à dire aux principes découlant de l'autonomie de la volonté.

Au titre de ces principes qui nourrissent la réflexion sur le sort des contrats d'exercice lors des restructurations d'établissement, il faut d'abord mentionner la force obligatoire du contrat, qui oblige les parties à l'exécuter selon les termes convenus, et au juge à l'appliquer sans le modifier. Ainsi, l'article 1134 du Code civil impose aux parties d'exécuter le contrat selon ses stipulations initiales, malgré une évolution du contexte économique du contrat. Appliqué aux contrats médicaux, le refus de prendre en compte l'imprévision dans le contrat signifie que les modifications du contexte global dans lequel évolue le contrat d'exercice, par exemple les obligations sanitaires de la clinique, ou l'état des ses autorisation sanitaires, ne devraient avoir aucun impact sur son exécution.

Il faut également citer parmi les grands principes du droit civil en jeu, l'effet relatif du contrat, énoncé à l'article 1165 du Code civil : seules les parties contractantes sont obligées l'une envers l'autre. La problématique de l'effet relatif du contrat se retrouve invariablement dans les opérations de restructurations d'établissements avec cession de services ou d'établissement dans son ensemble, ou dans le cadre de regroupements d'établissements par le biais de contrats cadres entre cliniques.

Au regard de ces principes, il faudrait en déduire que le contrat d'exercice est intangible : aucune circonstance extérieure ne devrait pouvoir le modifier sans l'accord du médecin. Mais la réalité est plus complexe : le contrat d'exercice libéral est, par le contexte médical dans lequel il s'exerce, soumis à des intérêts divergents. L'intangibilité du droit privé s'accommode mal des exigences du droit

sanitaire, qui imposent le maintien d'un système de soins de qualité, et conduisent parfois à des restructurations d'établissements, malgré le refus de certains praticiens.

Contrat privé donc, mais enraciné dans un contexte sanitaire réglementé, le contrat d'exercice peut évoluer au gré des restructurations éventuelles de la clinique. Les impacts de ces évolutions s'analysent, au regard des principes du droit des contrats, différemment selon que les restructurations envisagées sont choisies par la clinique (I), ou lui sont imposées (II).

I – LES RESTRUCTURATIONS CHOISIES PAR LA CLINIQUE

Les motifs qui peuvent conduire une clinique à se restructurer sont nombreux : objectifs de rentabilité, nécessité de moderniser des établissements vétustes et de respecter des nouvelles normes d'implantation, évolution des techniques et des pratiques médicales, évolution des besoins de santé.¹

La multiplicité de ces facteurs explique que les juges aient reconnu aux cliniques, sinon un droit, du moins une liberté de se restructurer comme bon lui semble². Cette liberté laisse entière la question de la rupture du contrat d'exercice qui peut en découler³, et du sort réservé aux praticiens titulaires d'un contrat d'exercice, qui diffère selon que la restructuration envisagée est simplement interne à la clinique (A), ou fait appel à des tiers (B).

A – LES RESTRUCTURATIONS INTERNES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

La difficulté rencontrée lors des opérations de restructurations internes est l'intangibilité du contrat et, en corollaire, le refus marqué par la jurisprudence d'admettre que l'imprévision puisse façonner l'exécution des contrats. La clinique ne peut donc imposer unilatéralement au médecin de modification de son contrat d'exercice, et la seule issue qui s'offre à elle en cas d'échec des négociations, reste la rupture unilatérale du contrat (dans ce cas, les juges seront vigilants à ce que cette résiliation par la clinique ne soit pas abusive).

Lorsque les restructurations de la clinique sont simplement internes, la rupture du contrat d'exercice s'analyse selon les mécanismes du droit commun des contrats. S'agissant des contrats à durée indéterminée, la clinique est libre de rompre le contrat d'exercice, sauf à abuser de sa liberté de rompre, par exemple en ne respectant pas les conditions de résiliation des contrats à durée indéterminée (notamment respect du préavis).

La question se pose en des termes différents en ce qui concerne les contrats à durée déterminée. Ces derniers offrent une stabilité de principe⁴ : *a priori*, l'intangibilité du contrat à durée déterminée s'oppose à ce que la clinique puisse y mettre un terme pour des raisons de restructurations, même justifiées par des raisons économiques sérieuses. Mais cette analyse classique pourrait être remise en cause par la ligne jurisprudentielle désormais bien tracée depuis l'important arrêt de la première chambre civile de la Cour de Cassation du 13 octobre 1998⁵ et les arrêts suivants⁶. La solution dégagée par ces arrêts permet à une partie à un contrat à durée déterminée d'y mettre fin à ses risques et périls, lorsqu'elle considère que le comportement de son cocontractant revêt une gravité suffisante ; le juge n'est saisi qu'*a posteriori*, pour exercer un contrôle de proportionnalité de cette rupture.

¹ Sur les motifs de restructurations, cf. M. Cormier, « *Quels impacts de la planification et des autorisations sanitaires sur les contrats d'exercice ?* », Revue générale de droit médical n°21, 2006, p. 27 et s.

² CA Versailles, 25 novembre 2005, Jourda c./ Sté d'exploitation clinique des Hauts de Seine, n°04/03913, non publié.

³ Ainsi, l'intérêt légitime de rompre reconnu à la clinique n'excluait pas que celle-ci puisse être tenue pour seule responsable de la rupture des relations contractuelles entre les parties (Cass. Civ 1^{ère} 21 mai 1997, n° 95-13.286).

⁴ Sur ce point, cf A. Léandri, La rupture du contrat d'exercice libéral par la clinique, RDGM 2007 n°24.

⁵ Cass. Civ. 1^{ère}, 13 octobre 1978, D. 1999, somm. p. 115 obs. P. Delebecque, somm. p. 197 note Ch. Jamin ; RTDC 1999, p. 394 obs J. Mestre et p. 506 obs. J. Raynard.

⁶ Cass. Civ. 1^{ère}, 20 fév. 2001, BC I n°40 ; 28 oct. 2003, BC I n° 211.

De prime abord, ce régime ne semble pas concerner le cas des modifications de la structure de l'établissement, puisqu'il prend comme critère la gravité d'un comportement d'un cocontractant, et non d'une situation économique donnée. Mais cette première analyse est contredite par l'attitude de certaines cliniques qui pourraient être tentées d'invoquer l'insuffisance d'occupation des lits par le médecin titulaire d'une clause d'exercice privilégié, ou la baisse d'activité de ce dernier, pour mettre unilatéralement fin au contrat sous prétexte d'une faute contractuelle du médecin, d'une gravité suffisante. Le principe qui prévaut encore, le plus souvent, est que l'insuffisance d'occupation des lits ne constitue pas une cause de résiliation légitime⁷. Il faut toutefois citer une décision rendue récemment par la Cour de Cassation, qui laisse penser qu'une restructuration de services, motivée par des raisons économiques sérieuses, pourrait justifier la rupture du contrat à durée déterminée par la clinique, et ce sans indemnité au médecin⁸.

A la lumière de ces exemples, les parties seront avisées d'insérer dans leurs contrats des clauses prévoyant les situations, par exemple, de transformations d'activités de l'établissement. A cet égard un arrêt rendu par la Cour d'appel de Bourges le 13 décembre 2000 est intéressant, car il concerne la transformation de l'activité d'une clinique en maison de convalescence à la suite de graves difficultés financières rencontrées par l'établissement et la rupture consécutive des contrats d'exercice.⁹ En l'espèce, la Cour d'appel avait relevé que le contrat du médecin demandeur, lequel sollicitait une indemnité de rupture, visait deux hypothèses : l'une concernant la poursuite d'activité de l'établissement et ouvrant droit à une indemnité au profit du médecin congédié ; la seconde prévoyant un arrêt du fonctionnement du centre de soins et n'ouvrant droit à aucune indemnité de rupture. Les premiers juges, suivis par la Cour de Bourges, ont considéré que la transformation de l'activité de l'établissement devait s'analyser en un « arrêt de fonctionnement ». Dès lors, aucune indemnité n'était due au médecin évincé. La rédaction de telles clauses permet donc de circonscrire au mieux les intérêts des contractants en cas d'évolution des activités de la clinique, et de ses restructurations.

B – REGROUPEMENTS ET « CESSIONS » VOLONTAIRES DE CONTRATS D'EXERCICE

Les regroupements d'établissement emportant transferts de contrats d'exercice entre établissements sont une inévitable source de contentieux¹⁰, et méritent d'être dissociés des restructurations « simples » internes aux cliniques. En effet, ils font intervenir des tiers à la situation contractuelle existante entre le médecin et la clinique, les regroupements mettent en oeuvre des mécanismes juridiques différents.

L'alternative qui s'offre à la clinique quant au sort du contrat d'exercice diffère également des cas de restructurations internes, puisque ici l'activité ou le service cédé pourrait permettre aux médecins qui y exercent d'être transférés sur le site de l'établissement reprenneur.

C'est pourquoi la réalisation de ces opérations conduit souvent les établissements à manquer à certains de leurs engagements contractuels, en l'absence de modification consensuelle des termes du contrat : en effet, le tiers qui intervient au contrat ne souhaite pas nécessairement poursuivre l'exécution du

⁷ Voir M. Harichaux, La rupture des contrats médecins / cliniques, RDSS 1996 p. 55 et s, n°18.

⁸ Cass. Civ. 1^{ère} 30 oct. 2007, n° 06-17.227. Dans cette affaire, un praticien avait assigné la clinique dans laquelle il exerçait pour avoir, selon lui, résilié son contrat d'exercice⁸. Cette décision concernait un regroupement de cliniques décidé par l'ARH, mais, la motivation qui sous tend la décision est transposable à l'hypothèse d'une restructuration de services motivée par des raisons économiques sérieuses : « les juges du fond apprécient souverainement si les manquements allégués sont suffisamment graves pour justifier la demande de résiliation d'un contrat ». En l'espèce, la rupture du contrat n'était pas fautive, notamment parce que la décision de la clinique était inévitable, sauf à perdre son autorisation. De la sorte, il est tout à fait possible d'imaginer que la restructuration d'un service, motivée par des raisons économiques sérieuses, puisse justifier la rupture du contrat.

⁹ CA Bourges 13 décembre 2000, Pineau c./ SA Clinique chirurgicale du Morvan, juris data 136158.

¹⁰ Ces opérations peuvent revêtir plusieurs formes : partages d'activités afin d'éviter des doublons lorsque le bassin de population est insuffisant, cession d'activités ou d'établissements, regroupements résultant ou non d'une cession, coopérations interhospitalières fonctionnelles ou organiques. Il convient toutefois d'exclure le simple changement d'actionnariat au sein d'une clinique, qui n'impacte pas la relation médecin-clinique.

contrat d'exercice en cause. L'effet relatif des conventions, qui est le pivot du contentieux en cas de cession ou de regroupements d'établissements, produit ses effets sur l'établissement tiers repreneur (1), et sur médecin « cédé » (2).

1) L'accord du tiers repreneur

Il est fréquent de trouver dans les contrats d'exercice des clauses dites « de cession » prévoyant qu'en cas de cession de l'établissement, le contrat d'exercice sera intégralement opposable aux ayants droits, qui devront en continuer l'exécution. Ce type de clause pose de sérieuses difficultés de mise en œuvre.

L'effet relatif du contrat s'oppose à ce que la clinique cessionnaire, qui est tiers au contrat d'exercice, endosse une quelconque obligation de poursuivre ce dernier, à moins qu'elle ne s'y soit engagée expressément. Dès lors, une clause de cession ne peut avoir d'effet à l'égard du repreneur du contrat, qui peut parfaitement décider de ne pas reprendre les engagements contractuels du cédant¹¹.

Dans de telles situations, le médecin « cédé » ne dispose pas d'action pour forcer l'établissement « cessionnaire » à poursuivre l'exécution du contrat. Toutefois, cela ne veut pas dire que le praticien soit totalement démuné face à la résiliation de son contrat, en présence d'une telle clause, dès lors que la jurisprudence y voit une promesse de porte fort. Cette promesse est une obligation de résultat à la charge du promettant, et le médecin éconduit peut donc fonder une action sur le fondement de ce contrat contre la clinique promettante¹².

2) L'accord du praticien

Le mécanisme de la cession ou du regroupement d'établissement suppose que le praticien donne son aval à l'opération envisagée, puisque ses conditions et lieu de travail vont être modifiées. Pourtant, les juges du fond n'hésitent pas à considérer que le contrat du médecin doit être poursuivi au sein du nouvel établissement, sans considérer que l'établissement cédant n'a rompu le contrat. Pour cela, les juges prennent deux facteurs principaux en considération : d'une part, les conditions concrètes d'exercice du médecin « cédé » après l'opération de restructuration, et d'autre part les motifs de la cession ou du regroupement de cliniques.

Ainsi, dans le cas où le contrat peut se poursuivre au sein de la clinique cessionnaire le médecin qui refuse ce transfert sera débouté de ses demandes indemnitaires si le contrat se poursuit à conditions équivalentes (redevance, distance domicile, moyens d'activité, exclusivité)...¹³. A l'inverse, lorsque la restructuration est guidée par un souci de rentabilité économique, les juges sont davantage sensibles à la situation des praticiens¹⁴.

¹¹ CA Toulouse 27 janvier 2000, Maman c/ Clinique St Jean du Languedoc, juris data 109513.

¹² CA Riom 15 juin 2006, juris data n°313477 : « bien que le regroupement de cliniques soit justifié, il devait respecter les droits des praticiens de chacun des établissements qui se sont trouvés en conflit en raison du doublon de spécialités ». En outre les magistrats ont jugé qu'il n'y avait pas en l'espèce d'inopposabilité du contrat, dans la mesure où la cession litigieuse n'était en réalité qu'un changement d'actionnariat.

; CA Bordeaux 19 septembre 2005, RG n° 00/05883, juris data n° 285021, revue droit et santé, 2006, n°10, p. 141, note Franca Lombard, CA Agen, 27 juillet 2005, SAE clinique du Dr Barthélemy c/ Renn, jurisdata 289095.

¹³ Cass. Civ 1^{ère} 30 janvier 2007, n° 06-11.063, inédit ; CA Riom 15 juin 2006, juris data n°313474.

¹⁴ CA Paris 12 mai 2000, n° juris-data 134888 Dans cette affaire où une clinique avait informé un praticien du transfert d'un service de maternité au sein d'une autre clinique distante de 30 km, la cour d'appel de Paris a relevé que le groupe avait fait un choix de rentabilité en demandant aux autorités de tutelle le transfert de la maternité et a annoncé que « le souci de rentabilité, sans doute légitime pour un établissement commercial, ne s'imposait pas au praticien ; ce dernier, médecin libéral, était en droit de refuser les propositions d'aller exercer indifféremment dans une des cliniques de la compagnie général de la santé qui modifiaient substantiellement les conditions d'exercice de son art ». La clinique a seule, et fautivement, rompu le contrat de manière anticipée. Il n'existait pas de situation économique insurmontable ni un fait du prince l'obligeant à mettre fin à ses obligations contractuelles.

En revanche certains arrêts relèvent tout à la fois que la restructuration envisagée par la clinique était inévitable, et qu'au surplus le praticien ne subissait pas de diminution d'activité, pour constater que le contrat ne devait pas être considéré comme rompu par la clinique¹⁵.

La jurisprudence offre donc des exemples où le contrat s'est poursuivi dans ses conditions initiales dans les locaux du repreneur, et ce malgré l'opposition du praticien. Les parties doivent envisager, dès le départ, quel sera le sort du contrat selon les différentes hypothèses de restructuration de la clinique.

II – LES RESTRUCTURATIONS IMPOSEES A LA CLINIQUE

A coté des restructurations choisies par la clinique, certaines modifications leur sont imposées : il peut s'agir des modifications imposées par des exigences sanitaires (A), ou par la mise en œuvre de procédures collectives (B).

A – LES MODIFICATIONS IMPOSEES PAR LES AUTORITES SANITAIRES

Le contrat d'exercice réunit, dans son schéma classique, deux parties, à savoir le médecin et la clinique. Mais de son côté, l'établissement est soumis à diverses obligations sanitaires, qui conditionnent entre autre le maintien de ses autorisations, et qui lui imposent parfois des restructurations : restructurations planifiées dans le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) et imposées par l'agence régionale de l'hospitalisation, modification par voie réglementaire des conditions d'obtention d'autorisation de fonctionnement des services, etc.

Si ces obligations ne s'imposent pas directement aux praticiens, il est certain qu'elles influent sur leur exercice, précisément lorsque les restructurations envisagées mènent à la suppression d'un service, de lits, ou au regroupement de plusieurs services. De plus, il ne faut pas oublier que les autorisations de fonctionnement des établissements, par exemples sur la base d'un minimum d'actes pratiqués, dépendent de la capacité des praticiens du service concerné à répondre à ces minimums fixés par voie réglementaire.

Ici encore, les principes fondamentaux du droit civil éclairent les moyens juridiques mis à la disposition de la clinique pour justifier une modification des contrats d'exercice qu'elle a conclus.

1) L'imprévision

C'est dans le domaine des restructurations imposées que l'imprévision, si ardemment chassée du droit des contrats, resurgit en partie. En effet, une application trop stricte de l'intangibilité du contrat pourrait être dangereuse au regard des autorisations délivrées aux établissements de santé. L'exemple des quotas minimum d'actes à pratiquer sous peine de retrait d'une autorisation de fonctionnement est éclairant. Ainsi, un arrêté du 14 avril 2009 fixe le nombre minimal annuel d'actes pour les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article R. 6123-133 du code de la santé publique. Que penser de la situation dans laquelle un chirurgien, titulaire d'une clause d'exclusivité mais ne parvenant pas à remplir son quota d'actes, mettrait en péril la survie du service ? La clinique pourra légitimement songer à intégrer un second praticien, pour ne pas perdre son autorisation ; en cas d'opposition du chirurgien en place, ce dernier risque fort de se voir assigné pour abus d'exclusivité.

A côté de l'imprévision, il faut également mentionner une idée répandue dans une certaine partie de la doctrine, et qui germe parfois en jurisprudence, selon laquelle « *en application de l'article 1134 du Code civil, une convention doit être exécutée de bonne foi, ce qui est susceptible d'imposer des aménagements contractuels rendus nécessaires par des circonstances nouvelles qui ne pouvaient être*

¹⁵ CA Riom 15 juin 2006, juris data 313474

prévues lors de la conclusion du contrat »¹⁶. Une telle philosophie, nourrie de solidarisme contractuel, tendrait à inclure dans le contrat une clause implicite de « *hardship*¹⁷ » qui obligerait les parties au contrat à œuvrer dans un but commun, et donc d'adapter le contenu du contrat aux circonstances qui peuvent en affecter l'exécution¹⁸. Loin de faire l'unanimité, cette idée semble toujours d'actualité dans le domaine des contrats d'exercice pour certains auteurs¹⁹, mais une trop grande souplesse dans son admission ne manquerait pas d'instaurer une certaine insécurité juridique dans les relations entre médecins et cliniques.

2) Les mécanismes exonérateurs : le fait du prince et la force majeure

La clinique qui se voit imposer une restructuration peut également songer à opposer à ses praticiens les mécanismes exonérateurs du droit des contrats pour échapper à la mise en œuvre de sa responsabilité dans la rupture du contrat : la force majeure ou le fait du prince. Mais la pratique montre que ces moyens ne représentent qu'une échappatoire fragile.

La force majeure prévue par l'article 1148 du Code civil, désigne un événement imprévisible et irrésistible, extérieur à celui qui l'invoque. Selon la jurisprudence récente, est constitutive d'un cas de force majeure la maladie du débiteur, dès lors qu'elle a présenté un caractère imprévisible lors de la conclusion du contrat et irrésistible dans son exécution²⁰. La force majeure peut, à titre exceptionnel, intervenir au nom de l'autorité publique : c'est le fait du prince. Toutefois, les exigences retenues pour exonérer un débiteur de toute réparation contractuelle coïncident mal avec la réalité des restructurations des établissements.

En effet, seules les restructurations réellement imprévisibles sont par hypothèse susceptibles de revêtir la qualification de force majeure. Or, le domaine de ces dernières a tendance à se réduire, dans la mesure où les restructurations sont soit négociées avec les agences régionales de l'hospitalisation, soit annoncées dans le SROS et son annexe, soit encore imposées par l'administration sanitaire mais résultant d'une faute de l'une des parties au contrat d'exercice²¹. Ainsi le plus souvent, la clinique qui rompt le contrat d'exercice à la suite d'une restructuration forcée ne pourra pas invoquer la force majeure²², sauf à démontrer le caractère brutal de la restructuration qui l'a empêchée de respecter le délai de préavis contractuel²³.

La jurisprudence récente illustre le fragile équilibre entre les droits du praticien et les impératifs sanitaires qui s'imposent à la clinique. Une décision récente de la Cour de Cassation pose le principe ; à la suite d'une décision de l'Agence régionale de l'hospitalisation de suspendre son autorisation, une clinique a dû cesser son activité et a dû mettre fin au contrat de collaboration la liant à un gynécologue obstétricien. Ce dernier a assigné la clinique en paiement de dommages-intérêts au titre de l'indemnité de préavis et des préjudices financier et moral causés par cette rupture. Les juges d'appel ont débouté

¹⁶ CA Rouen, 20 mars 2008, juris-data n°365661.

¹⁷ La clause dite de « *hardship* » peut se définir comme celle par laquelle les parties au contrat s'obligent à le renégocier si des circonstances extérieures – économiques, technologiques...- bouleversent l'économie de la relation contractuelle.

¹⁸ Pour un état des lieux sur le solidarisme contractuel, cf « Le solidarisme contractuel en doctrine et devant la Cour de cassation » par M. Jean Cédras, in rapport annuel 2003 ; « Le solidarisme contractuel, mythe ou réalité », collectif sous la dir. De Luc Grymbaum et Marc Nicod, *Economica* 2004.

¹⁹ G. Mémeteau, note sous CA Nancy 26 septembre 2007, RGDM 2008 n°28.

²⁰ Cass., ass. plén., 14 avr. 2006: *Bull. civ. n° 5*; *BICC 1^{er} juill. 2006, rapp. Petit, concl. de Gouttes*; *D. 2006. 1577, note Jourdain (2^e esp.)*; *ibid* 2645, *obs. Fauvarque-Cosson*; *JCP 2006. II. 10087, note Grosser (2^e esp.)*; *JCP E 2006. 2224, n° 11, obs. Legros*; *Gaz. Pal. 2006. 2496, concl. de Gouttes*; *Defrénois 2006. 1212, obs. Savaux*; *CCC 2006, n° 152, note Leveneur*; *RLDC 2006/29, n° 2129, note Mekki*; *LPA 6 juill. 2006, note Le Magueresse*; *RDC 2006. 1083, obs. Laithier, et 1207, obs. Viney. Civ. 1^{re}, 30 oct. 2008: Bull. civ. I, n° 243*; *D. 2008. AJ. 2936, obs. Gallmeister*; *JCP 2009. I. 123, n° 10, obs. Stoffel-Munck*; *ibid. II. 10198, note Grosser*; *RLDC 2009/56, n° 3250, obs. Maugeri*; *CCC 2009, n° 3, obs. Leveneur*; *Defrénois 2008. 2509, obs. Savaux*; *ibid. 2009. 824, note Dagorne-Labbe*; *RCA 2008, n° 351, obs. Bloch*; *RDC 2009. 62, obs. Genicon*; *RTD civ. 2009. 126, obs. Jourdain*.

²¹ M. Cormier, *Quels impacts de la planification et des autorisations sanitaires sur les contrats d'exercice ?* RGDM 2006, n°21, p. 35.

²² CA Paris 12 mai 2000, juris data n°134888.

²³ CA Toulouse, 18 juillet 2002, n°99.01410.

le praticien de ses demandes indemnitaires, au motif que la rupture du contrat n'était pas abusive. La Cour de Cassation a rejeté le pourvoi, considérant que le praticien « n'établissait pas en quoi la clinique avait abusivement rompu le contrat de collaboration ». Cet arrêt permet de comprendre a contrario que la seule fermeture d'un établissement à la suite d'une décision administrative n'est pas, en soi, abusive²⁴.

De même, dans une décision rendue par la première Chambre de la Cour de Cassation le 30 octobre 2007, dans un cas de regroupement de services d'accouchement réalisé en application d'une décision de l'ARH qui a conduit une clinique à transformer ses lits de gynécologie obstétrique en lits de chirurgie, la Cour de Cassation a considéré que le contrat n'avait pas été rompu par la clinique²⁵.

De manière générale, la jurisprudence est également sensible au fait que la clinique doit s'adapter à la restructuration du secteur sanitaire à la suite de directives des autorités sanitaires. Dans ce cas, la rupture ne sera pas considérée comme fautive²⁶.

B – LES PROCEDURES COLLECTIVES

Constituées en sociétés à forme commerciale, les cliniques privées à but lucratif sont susceptibles de faire l'objet de procédures collectives. Se pose alors la question du sort des contrats d'exercice lorsqu'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation est ouverte.

Le droit des procédures collectives offre une première certitude : aucune indivisibilité, résiliation ou résolution d'un contrat en cours ne peut résulter du seul fait de l'ouverture d'une procédure collective²⁷. Cette disposition est d'ordre public et aucune clause ne pourrait y faire échec.

Il résulte de cette disposition que ni le praticien, ni la clinique, ne sont fondés à prendre l'initiative de rompre le contrat d'exercice du seul fait de l'ouverture d'une procédure collective. Les deux parties restent donc soumises aux stipulations contractuelles, y compris aux délais de préavis. Mais il est vrai qu'une rupture par la clinique placée en procédure collective, au mépris du préavis contractuel, ne donne pour le praticien qu'un droit à déclaration de créance au passif de la procédure. Le contrat d'exercice, comme tout contrat, perd donc en partie de sa vigueur à l'ouverture de la procédure.

En cas de rupture du contrat en raison de l'ouverture d'une procédure de liquidation, il a été jugé que la résiliation résultait de la décision de liquidation judiciaire prise par le tribunal et de la notification consécutive par l'administrateur et non d'une décision unilatérale de la clinique de rompre le contrat. Cette précision peut avoir son importance, dans la mesure où de nombreux contrats d'exercice contiennent des clauses indemnifiant les praticiens d'une éventuelle rupture unilatérale par la clinique : ces clauses ne trouvent donc pas application en cas de rupture du contrat à l'ouverture d'une liquidation judiciaire²⁸.

Pour le reste, l'essentiel du contentieux se concentre sur la question de la continuation -ou non- du contrat d'exercice. Ce choix appartient à l'administrateur (le liquidateur dans le cas d'une liquidation

²⁴ Cass. civ 1^{ère} 18 septembre 2008, n°07-11.021.

²⁵ Cass. civ 1^{ère} 30 octobre 2007, n°06-17227 : « Attendu que les juges du fond apprécient souverainement si les manquements allégués sont suffisamment graves pour justifier la demande de résiliation d'un contrat ; que l'arrêt confirmatif attaqué (Nîmes, 18 avril 2006) constate que M. X..., actionnaire de la société d'exploitation de la clinique, avait été associé à l'élaboration de la décision administrative survenue, inéluctable sauf à faire perdre à l'établissement son agrément, voire son autorisation de fonctionnement, que son action en justice s'expliquait par son mécontentement de n'avoir pu faire valoir son ancienneté propre au secteur privé lors de son embauche concomitante par l'hôpital public de la ville en septembre 2000, et qu'il n'établissait enfin aucun préjudice, ni financier dans la mesure où la clinique et le Centre hospitalier n'étaient distants que d'un kilomètre, ni dans l'empêchement à céder son activité libérale à un successeur, eu égard au contexte de pénurie frappant sa spécialité professionnelle ; que le moyen ne peut être accueilli »

²⁶ CA Riom 15 juin 2006, jurisdata n° 313474.

²⁷ Article L. 622-13 du code de commerce pour la sauvegarde ; L. 631-14 pour le redressement judiciaire ; L. 641-11-1 pour la liquidation.

²⁸ Cf CA Rouen 27 sept 2007, n°345078

judiciaire avec maintien provisoire de l'activité), et si ce dernier choisit l'exécution du contrat, celle-ci doit se faire dans les conditions initialement prévues, sans que l'administrateur puisse en modifier les clauses.

Mais la poursuite du contrat n'est qu'une faculté pour l'administrateur, en application de l'article L. 621-28 du Code de commerce. Ainsi, le sort du contrat ne dépend plus de la clinique, mais des organes de la procédure, et la jurisprudence considère que **les raisons qui ont poussé l'administrateur judiciaire à ne pas poursuivre le contrat sont exclusives d'une faute**. En effet, le préjudice subi par le médecin doit être apprécié au regard des motifs qui ont justifié la renonciation à poursuivre son contrat. Ainsi une Cour d'appel avait relevé que les contrats avaient conduit la clinique à une situation de blocage, sa capacité d'accueil ne pouvant être optimisée et les redevances versées par les chirurgiens étant insuffisantes dans leur montant. En outre, la fin du contrat était devenue inéluctable pour éviter la liquidation judiciaire. Dans cette espèce, le préjudice subi par le chirurgien a été réparé par une admission au passif pour le montant symbolique d'un euro à titre chirographaire²⁹.

Seules des circonstances particulières peuvent offrir une voie alternative au médecin. Ainsi, dans une espèce jugée récemment, le contrat du médecin anesthésiste avait été résilié au jour du jugement arrêtant le plan de redressement par cession de la clinique. Or, certaines fautes commises par le commissaire à l'exécution du plan, consistant à ne pas s'assurer du versement effectif des délégations de créances détenues sur les caisses de sécurité sociale, ont fait perdre au médecin une « très grande chance de recouvrement de sa créance », créance qui vise son indemnité de rupture. Cette perte de chance a été estimée par les juges à la somme de 200 000 euros³⁰.

L'actualité législative récente a montré que la modification des contrats d'exercice à l'occasion de la transformation des missions des cliniques, sans le consentement des praticiens, peut faire l'objet de vives oppositions. Ainsi, lors des discussions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, il avait été proposé de permettre aux établissements de soins privés participant à une mission de service public, de résilier le contrat d'exercice d'un praticien qui aurait refusé les modifications de son contrat nécessaires à la participation au service public.

Les réactions des praticiens ont été vives, et les amendements déposés pour modifier cette proposition nombreux³¹. L'abandon final d'une telle mesure autoritaire montre toute la difficulté des pouvoirs publics à trouver un juste équilibre entre les intérêts publics du droit sanitaire et les intérêts privés en jeu dans les contrats conclus entre médecins et cliniques. Il souligne également l'attachement légitime des acteurs du système santé à la sécurité contractuelle de leur exercice.

Paris le 21 septembre 2009

²⁹ CA Paris, 18 octobre 2007, n°05/12015, juris data n°2007-359215.

³⁰ CA Paris 10 mars 2009, n°08/05613, jurisdata n°001231.

³¹ Par exemple, amendements déposés devant le Sénat n°273, 298, 383, 384, ou encore 541.