

L'obligation d'assurance responsabilité civile pour les établissements publics de santé

14/11/2003

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 insère un nouveau titre (titre V) au sein du livre II du code des assurances intitulé " L'assurance de responsabilité civile médicale ".
Ce titre se divise en deux chapitres : " l'obligation de s'assurer " (chapitre 1er) et " l'obligation d'assurer - le bureau central de tarification " (chapitre 2).

1. L'obligation d'assurance responsabilité civile énoncée à l'article L.1142-2 du code de la santé publique

1.1 Principe

1.1.1. Obligation d'assurance

A. Obligation d'assurance des établissements publics de santé

L'article L.1142-2 du code de la santé publique énonce :

" Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L.1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L.5311-1 à l'exclusion des 5°, sous réserve des dispositions de l'article L.1222-9 (11°, 14° et 15°), utilisés à l'occasion de ces activités, 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 ".

Cette obligation d'assurance responsabilité civile est générale et vise tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral mais aussi **l'ensemble des établissements de santé (publics et privés)** ou services de santé (autres que l'Etat) **exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins**, ainsi que certains producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé.

Est également couvert le personnel salarié de l'établissement assuré agissant dans la limite de la mission qui lui a été impartie. Ce personnel conserve néanmoins son indépendance dans l'exercice de l'art médical.

Le manquement à l'obligation d'assurance est puni : ainsi, les personnes morales (établissements publics de santé) encourrent une peine égale au quintuple de celle encourue par une personne physique (article L.1142-26 CSP).

Article L.1142-26 CSP : " Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction prévue à l'article L.1142-25.

Les peines encourues par les personnes morales sont :

1° l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

2° la peine prévue au 2° de l'article 131-39 du code pénal. L'interdiction prononcée ce titre porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise. Cette interdiction est portée à la connaissance du représentant de l'Etat dans la région qui en informe les organismes d'assurance maladie ".

Aux termes de l'article 131-39 du code pénal (cf. loi n° 2001-504 du 12 juin 2001), l'interdiction, à titre définitif ou pour une durée de cinq ans au plus, d'exercer directement ou indirectement l'activité professionnelle peut être prononcée à l'encontre de la personne morale.

Ces pénalités sont entrée en vigueur depuis le 3 juin 2003 (cf. décret n° 2003-168 du 28 février 2003).

B. Obligation d'assurance des praticiens exerçant à titre libéral

Au même titre que les établissements de santé, les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont tenus de souscrire " une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative (...) ".

Le manquement à l'obligation d'assurance est puni d'une amende de 45 000 € (article L.1142-25 CSP). Les praticiens libéraux coupables d'un manquement à l'obligation d'assurance encourent également une peine complémentaire d'interdiction d'exercer " l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise " (article L.1142-25 du code de la santé publique).

1.1.2 Obligation d'assurer

Corollaire de cette obligation d'assurance, l'obligation d'assurer pèse sur l'ensemble des assureurs.

L'article 100 de la [loi du 4 mars 2002](#) énonce en effet que :

" Toute personne assujettie à l'obligation d'assurance prévue à l'article L.1142-2 du code de la santé publique qui, ayant sollicité la souscription d'un contrat auprès d'une entreprise d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnée au même article, se voit opposer deux refus, peut saisir un bureau central de tarification dont les conditions de constitution et les règles de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le bureau central de tarification a pour rôle exclusif de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé. Il peut, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, déterminer le montant d'une franchise qui reste à la charge de l'assuré " (article L.252-1 du code des assurances).

Le mécanisme envisagé permet ainsi qu' un établissement de santé, qui s'est vu opposer deux refus d'assurance, saisisse le bureau de tarification chargé de fixer le montant de la prime pour laquelle l'assureur garantira le risque proposé.

Aux termes de l'article L.252-2 du Code des assurances, l'injonction d'assurance prise par le Bureau de tarification s'impose à l'assureur sous peine de sanctions administratives.

Article L.252-2 du code des assurances : " *Toute entreprise d'assurance qui maintient son refus de garantir le risque dont la prime a été fixée par le bureau central de tarification institué à l'article L.252-1 est considérée comme ne fonctionnant plus conformément à la réglementation en vigueur. Elle encourt, selon le cas, soit le retrait des agréments prévus aux articles L.321-1, L.321-7, L.321-8 et L.321-9, soit les sanctions prévues aux articles L.351-7, L.351-8 et L.363-4 ".*

Bureau central de tarification (BCT)

1. Rôle du BCT

Le bureau central de tarification décide après examen du dossier à quelles conditions un assureur choisi par un assuré, mais qui lui a opposé un refus, peut être contraint à le garantir.

En revanche, le BCT ne peut pas désigner d'autorité un assureur auquel il serait imposé de garantir l'assujetti à l'obligation d'assurance.

2. Procédure de saisine du BCT

- Avant la saisine du BCT :

Deux sociétés d'assurance doivent avoir refusé de garantir l'assuré après que celui-ci les ait saisi par lettre recommandée avec accusé de réception d'une demande de garantie responsabilité civile médicale.

Le refus de ces deux organismes peut être :

- explicite (envoi d'une lettre de refus) ;
- implicite (non réponse de la société d'assurance dans un délai de 45 jours après réception de la lettre recommandée avec accusé de réception).

- Saisine du BCT :

Le BCT doit être saisi **au plus tard** dans les 15 jours qui suivent la lettre de refus du dernier assureur ou à l'expiration du délai de 45 jours dans le cas d'un refus implicite de la part du deuxième assureur sollicité.

Le Bureau central de tarification doit être saisi par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un dossier complet doit être transmis au BCT, à savoir :

- les copies des lettres de refus des deux assureurs saisis ou copies des demandes et de l'accusé de réception en cas de refus implicite ;
- un questionnaire prévu par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ;
- le nom de la société d'assurance auprès de laquelle l'assuré souhaite être garanti ;
- une lettre rédigée par l'assuré donnant mandat pour mener ces démarches en son nom à un courtier ou mandataire.

3 Composition du BCT :

Aux termes de l'article R250-1 du code des assurances, le bureau central de tarification, lorsqu'il statue en matière d'assurance obligatoire de responsabilité civile médicale, est composé comme suit :

- " un président (...);
- six membres représentant les entreprises d'assurance pratiquant sur le territoire de la république française l'assurance de responsabilité civile médicale (...);
- six membres représentant les assujettis à cette obligation d'assurance (...). "

1.2 Exception

La **loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002** relative à la responsabilité civile médicale prévoit en son article 1er la possibilité d'une dérogation au principe d'assurance.

En effet l'article L.1142-2 alinéa 2 du code de la santé publique énonce que : *"une dérogation à l'obligation d'assurance prévue au 1er alinéa peut être accordée par arrêté du ministre chargé de la santé aux établissements publics de santé disposant des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance "*.

L'**arrêté du 3 janvier 2003** pris en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique et relatif à l'exonération de certains établissements publics de santé de l'obligation d'assurance prévoit que **l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est exonérée de cette obligation d'assurance.**

Ainsi, l'AP-HP conserve au sein de la direction des affaires juridiques le soin d'indemniser à l'amiable et au contentieux les dommages consécutifs à l'activité médicale, dans la limite des compétences attribuées d'une part, aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, et d'autre part, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, organismes institués par la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002**.

1.3 Cas particulier : l'obligation d'assurance dans le cadre des recherches biomédicales.

Le danger relatif au déroulement de toute recherche biomédicale oblige les promoteurs de recherche à contracter une assurance responsabilité civile.

Les personnes participant à la réalisation des recherches biomédicales peuvent voir leur responsabilité civile, pénale ou disciplinaire engagée.

L'article L.1121-10 alinéa 3 du code de la santé publique énonce ainsi que *" la recherche biomédicale exige la souscription préalable, par son promoteur, d'une assurance garantissant sa responsabilité civile telle qu'elle résulte du présent article et celle de tout intervenant, indépendamment de la nature des liens existant entre les intervenants et le promoteur. Les dispositions du présent article sont d'ordre public "*.

Par conséquent, un contrat particulier doit être souscrit dans le cadre des activités de recherches biomédicales. L'article L.1142-3 du code de la santé publique dispose :

" Les dispositions de la présente section ne sont pas applicables au promoteur de recherche biomédicale, dont la responsabilité peut être engagée conformément au 1er alinéa de l'article L. 1121-10 et qui est soumis à l'obligation d'assurance prévue au troisième alinéa du même article.

Les personnes qui subissent des dommages dans le cadre de la recherche biomédicale peuvent, pour faire valoir leurs droits en application des deux premiers alinéas de l'article L. 1121-10, auprès des commissions régionales mentionnées aux sections 2, 3 et 4 du présent chapitre. Lorsque la responsabilité du promoteur n'est pas engagée, les victimes peuvent être indemnisées par l'office institué à l'article L. 1142-22, conformément aux dispositions du II de l'article L. 1142-1. Toutefois l'indemnisation n'est pas dans ce cas subordonnée au caractère de gravité prévu par ces dispositions."

Le manquement à l'obligation d'assurance est puni dans ce cas particulier. L'article L.1126-6 alinéa 1er du code de la santé publique énonce en effet que *" le promoteur dont la responsabilité civile n'est pas garantie par l'assurance prévue à l'article L.1121-10 est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende "*.

2. Les garanties du contrat d'assurance responsabilité civile

2.1 Les garanties de la police d'assurance

Le contrat d'assurance responsabilité civile doit garantir l'établissement contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité qu'il peut encourir à raison des dommages subis par les patients ou ayants droit dans le cadre des activités de prévention, de diagnostic ou de soins de l'établissement.

Le contrat doit également intégrer l'obligation légale d'assurance liée à l'utilisation de substances radioactives.

Ainsi, sont couverts les dommages causés par des sources de rayonnements ionisants utilisés ou destinés à être utilisés hors d'une installation nucléaire et détenues dans un établissement non visé par la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 sur les installations classées dont un assuré ou toute personne dont il répond à la propriété, la garde ou l'usage, ou dont il peut être tenu pour responsable du fait de sa conception, sa fabrication, son conditionnement ou son entretien.

Le contrat souscrit ne couvre pas la responsabilité de l'établissement public de santé en tant que promoteur de recherches biomédicales, ce contrat faisant l'objet d'une autre police d'assurance spécifique (cf.1.3. l'obligation d'assurance dans le cadre des recherches biomédicales).

En outre, les garanties proposées dans le contrat sont accordées sous réserve :

- des exclusions et limites de garantie ;
- des plafonds et franchise prévus par le contrat ;
- par les conditions particulières éventuelles.

2.2 La garantie responsabilité civile liée aux activités de prévention, de diagnostic et de soins.

Sont expressément couverts les actes de prévention, de diagnostic et de soins, à savoir les actes accomplis par toute personne qui participe à l'activité médicale de l'établissement public de santé, dans le cadre de ses études, de stage ou de toutes autres formes de collaboration.

En effet, l'article L.1142-2 alinéa 4 du code de la santé publique énonce que *" l'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical "*.

Par conséquent, les praticiens hospitaliers exerçant leur activité au sein d'un établissement public de santé n'ont pas

l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile.

Toutefois, si le praticien exerce une activité privée au sein d'une structure publique, il a l'obligation de souscrire à titre personnel une police d'assurance en responsabilité civile.

Doit également être couverte l'ensemble des activités liées aux pratiques médicales et chirurgicales soumises à l'obligation d'assurance par l'article L.1142-2 du code de la santé publique y compris les activités de soins ou de diagnostic nécessitant l'utilisation d'appareils à substances radioactives.

3. Les caractéristiques du contrat d'assurance responsabilité civile

Les caractéristiques obligatoires du contrat d'assurance sont stipulées au sein du code des assurances.

3.1 Plafonds de garantie

L'article L.251-1 du code des assurances, reprenant l'article L.1142-2 alinéa 3 du code de la santé publique, stipule que *“ les contrats d'assurance souscrits en application de l'alinéa précédent peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées par décret en Conseil d'Etat ”*.

Le décret fixant le montant de la garantie ne concerne que les professionnels de santé libéraux.

Aux termes du [décret n° 2003-288 du 28 mars 2003](#) relatif aux plafonds de garantie mentionnés à l'article L.1142-2 du code de la santé publique, l'article R.781-1 du même code dispose ainsi que *“ les plafonds mentionnés à l'article L.1142-2 ne peuvent être inférieurs à 3 millions d'euros par sinistre et à 10 millions d'euros par année d'assurance ”*.

Il en résulte que **les plafonds de garantie concernant les établissements de santé**, les producteurs ainsi que les exploitants et fournisseurs de produits de santé **sont librement déterminés par les parties** au contrat.

3.2 La durée des garanties

Aux termes de l'article L.251-2 alinéa 4 du code des assurances une garantie minimale de cinq ans doit être stipulée :

“ Le contrat d'assurance garantit également les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat et dans le cadre des activités garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. Ce délai ne peut être inférieur à cinq ans ”.

4. Indemnisation

La [loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#), s'appliquant aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable, crée un mode alternatif de règlement des conflits et privilégie l'indemnisation amiable des litiges.

Aux termes de l'article L.1142-7 du code de la santé publique, si un patient s'estime victime d'un dommage consécutif à une activité médicale, il a la possibilité de saisir la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI). Cette dernière émet un avis *“ sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable. (article L.1142-8 alinéa 1)*

Article L.1142-8 CSP : “ Lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L.1142-1, la commission émet un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable.

L'avis de la commission régionale est émis dans un délai de six mois à compter de sa saisine. Il est transmis à la personne qui l'a saisie, à toutes les personnes intéressées par le litige et à l'office institué à l'article L.1142-22.

Cet avis ne peut être contesté qu'à l'occasion de l'action en indemnisation introduite devant la juridiction compétente par la victime, ou des actions subrogatoires prévues aux articles L.1142-14, L.1142-15 et L.1142-17.

La commission saisit l'autorité compétente si elle constate des manquements susceptibles de donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Lorsque les dommages résultent d'une infection nosocomiale présentant le caractère de gravité prévu à l'article L. 1142-1-1, la commission signale sans délai cette infection nosocomiale à l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 6115-3 ainsi qu'à l'office institué à l'article L. 1142-22 ”.

Ainsi, le patient ou ses ayants droit est indemnisé par l'assureur du responsable ou par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

4.1 Indemnisation par l'assureur du responsable

Aux termes de l'article L.1142-14 du code de la santé publique, lorsque la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L.1142-1 du code de la santé publique est engagée, une procédure d'indemnisation par l'assureur du responsable est alors mise en œuvre.

En effet, l'article L.1142-14 du code de la santé publique énonce que “(...) l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, **dans un délai de quatre mois** suivant la réception de l'avis (de la CRCl), une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance (...) ”.

Cette offre indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice des indemnités dues à la victime et vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil.

Aux termes de l'article L.1142-14 alinéa 7 du code de la santé publique, “ le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif ”.

La victime peut également refuser l'offre de l'assureur et saisir le juge compétent.

In fine, si l'assureur qui a indemnisé la victime estime que son assuré n'est pas responsable, il dispose d'un recours contre l'ONIAM.

TRAITEMENT DES DOSSIERS DE RESPONSABILITE MEDICALE A L'AP-HP

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris étant son propre assureur, les réclamations amiables ainsi que les contentieux sont traités au sein de la Direction des affaires juridiques et des droits du patient (DAJDP).

1. La Direction des affaires juridiques peut être saisie :

- par lettre recommandée de la victime, de son avocat, de son assureur ou bien encore d'une association (lorsque cette lettre est directement adressée à l'hôpital concerné, celui-ci saisit la DAJDP) ;

- par le Ministère de la santé, l'Ordre national des médecins, le Directeur général de l'AP-HP ou son Directeur de cabinet ;

- par référé-expertise ou référé-provision auprès des Tribunaux.

2. Préalable à toute prise de décision, une enquête est diligentée par la DAJDP auprès de praticiens conseils de l'AP-HP en vue d'établir un rapport pouvant conclure à la responsabilité ou la non responsabilité de l'AP-HP.

3. Au vue du résultat de l'enquête diligentée, deux décisions peuvent être prises :

- soit la réclamation amiable de la victime est rejetée ;

- soit une proposition d'indemnisation amiable est faite à la victime (ou proposition de provision, en l'absence de consolidation du dommage).

4. Si une requête de la victime est présentée devant les tribunaux (phase contentieuse), la Direction des affaires juridiques assure dans un premier temps sa défense auprès du Tribunal administratif.

En revanche, la DAJDP se fait représenter par des avocats qui défendent les intérêts de l'administration près les Cours administratives d'appel.

5. In fine, la Direction des affaires juridiques et des droits du patient exécute les transactions ainsi que les décisions de justice (rédaction d'un arrêté de paiement, transmission de l'arrêté au contrôleur financier de l'AP-HP et transmission pour paiement).

4.2 Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

L'ONIAM a deux principales fonctions : il est, dans un premier temps, le garant de la solidarité nationale et, dans un second temps, peut se substituer à l'assureur du responsable.

4.2.1 L'ONIAM, garant de la solidarité nationale

L'office intervient au titre de la solidarité nationale dès lors que *“ la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement (...), n'est pas engagée ”*.

L'ONIAM a donc été institué en premier lieu pour indemniser les aléas thérapeutiques.

L'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale est *“ directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins ”* et a eu pour le patient *“ des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci ”* (article L.1142-1 du code de la santé publique).

Aux termes de l'article L.1142-17 du code de la santé publique, l'office est tenu de suivre une procédure identique à celle imposée à l'assureur du responsable.

En effet, *“ (...) l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis.*

Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit (...).

Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L.351-11 du Code de la sécurité sociale.

L'offre a un caractère provisionnel si l'office n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'office a été informé de cette consolidation.

L'acceptation de l'offre de l'office vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil ”.

Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'office de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

Si l'office qui a transigé avec la victime estime que la responsabilité d'un professionnel, établissement, service, organisme ou producteur de produits de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L.1142-14 est engagée, il dispose d'une action subrogatoire contre celui-ci ”.

Il est possible qu'un accident médical ne soit que pour partie la conséquence d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins engageant la responsabilité d'un professionnel de santé. Dans ce cas, l'assureur du responsable et l'ONIAM se partagent l'indemnisation de la victime, leur part de préjudice imputable étant déterminée par la commission saisie.

Article L.1142-18 CSP : *“ Lorsque la commission estime qu'un accident médical n'est que pour partie la conséquence d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins engageant la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé, elle détermine la part de préjudice imputable à la responsabilité et celle relevant d'une indemnisation au titre de l'office ”*

La victime ou ses ayants droit a la possibilité d'intenter une action en justice si l'office ne lui a fait aucune offre ou si elle n'a pas acceptée l'offre présentée (cf. article L.1142-20 du code de la santé publique).

Article L.1142-20 CSP : “ La victime ou ses ayants droit, dispose du droit d’action en justice contre l’office si aucune offre ne lui a été présentée ou si elle n’a pas accepté l’offre qui lui a été faite.
L’action en indemnisation est intentée devant la juridiction compétente selon la nature du fait générateur du dommage ”.

4.2.2 L’ONIAM, substitut de l’assureur du responsable

L’office national est un substitut de l’assureur du responsable “ dans le cas où les plafonds de garantie des contrats d’assurance de la personne considérée comme responsable ” sont atteints (article L.1142-14 du code de la santé publique).

De plus, L’ONIAM se substitut “ en cas de silence ou de refus explicite de la part de l’assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n’est pas assuré ou la couverture d’assurance prévue à l’article L.1142-2 est épuisée ” (cf. article L.1142-15 CSP).