

DROIT DE LA PROTECTION SOCIALE

*Chronique placée sous la direction de Anne-Sophie Ginon et Frédéric Guimard,
Maîtres de conférences à l'Université de Paris-Ouest Nanterre La Défense (IRERP UMR CNRS 7029)*

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET RISQUES PROFESSIONNELS – Réparation –
Appréciation des préjudices (quatre espèces) – Faute inexcusable – Caractère limitatif de l'indemnisation (non) (première espèce) – Préjudice professionnel (deuxième espèce) – Préjudice d'agrément (troisième espèce) – Cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) – Préjudice d'anxiété (oui) et préjudice économique (non) (quatrième espèce).

1) « **Considérant, en outre, qu'indépendamment de cette majoration, la victime ou, en cas de décès, ses ayants droit peuvent, devant la juridiction de Sécurité sociale, demander à l'employeur la réparation de certains chefs de préjudice énumérés par l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale ; qu'en présence d'une faute inexcusable de l'employeur, les dispositions de ce texte ne sauraient toutefois, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce que ces mêmes personnes, devant les mêmes juridictions, puissent demander à l'employeur réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du Code de la Sécurité sociale** » (Conseil constitutionnel, décision n° 2010-8, QPC du 18 juin 2010).

2) « **Et attendu qu'après avoir justement rappelé que l'indemnisation du préjudice professionnel implique que la victime ait amorcé un cursus de qualification professionnelle laissant supposer que, sans l'accident, ce cursus aurait continué et qu'en raison de l'accident et de ses conséquences, elle ne peut plus exercer son métier, l'arrêt relève que M. X... a commencé en 1996 un contrat d'apprentissage dans la distribution auprès d'un supermarché et obtenu dans le cadre d'un contrat de qualification en 1999 un baccalauréat professionnel ; qu'à terme, après la fin de sa période d'intérim, compte tenu de la qualification obtenue, il pouvait aspirer à un poste dans la distribution et que même s'il ne rapporte pas la preuve d'une promesse d'embauche pour un poste correspondant à sa qualification, il est établi que depuis 1996, M. X... a suivi un cursus professionnel l'amenant du CAP au baccalauréat professionnel ; que cette progression laisse supposer que, sans l'accident, il aurait continué à gravir les échelons de sa profession et que les conséquences de l'accident l'ont empêché d'exercer le métier bien spécifique pour lequel il a été formé ;**

Que par ces constatations et énonciations procédant de son pouvoir souverain d'appréciation de la valeur et de la portée des éléments de preuve produits devant elle, la Cour d'appel qui a fait ressortir le caractère sérieux des chances de promotion professionnelle de M. X... avant l'accident, a légalement justifié sa décision » (Cass. Civ. 2^e, 8 avril 2010, PB, n° 09-11634 (4^e moyen)).

« **Mais attendu qu'au sens de l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale, le préjudice d'agrément est celui qui résulte des troubles ressentis dans les conditions d'existence ;**

Et attendu qu'ayant relevé que M. X... soutenait qu'il ne pouvait plus s'adonner au vélo et à la boxe anglaise qu'il pratiquait auparavant, en raison d'une diminution de la force musculaire et de la sensibilité de son avant-bras, l'arrêt retient que les séquelles qu'il présente handicapent les activités ludiques, sportives ou occupationnelles auxquelles peut normalement prétendre tout homme de son âge et constituent un handicap, voire un obstacle, aux actes les plus courants de la vie quotidienne, définissant une atteinte constante à la qualité de la vie » (idem (3^e moyen)).

3) « **Mais attendu qu'au sens de l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale, le préjudice d'agrément est celui qui résulte des troubles ressentis dans les conditions d'existence, notamment le préjudice sexuel** » (Cass. Civ. 2^e, 8 avril 2010, PB, n° 09-14047).

4) « **Mais attendu que, sans méconnaître les dispositions du Code de la Sécurité sociale visées dans la seconde branche du moyen, la Cour d'appel a relevé que les salariés, qui avaient travaillé dans un des établissements mentionnés à l'article 41 de la loi de 1998 et figurant sur une liste établie par arrêté ministériel pendant une période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante, se trouvaient par le fait de l'employeur dans une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante et étaient amenés à subir des contrôles et examens réguliers propres à réactiver cette angoisse ; qu'elle a ainsi caractérisé l'existence d'un préjudice spécifique d'anxiété et légalement justifié sa décision** » (Soc. 11 mai 2010 n° 09-42241, PBR, troisième moyen).

« **Vu l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 ;**

Attendu, selon ce texte, qui crée un dispositif spécifique destiné à compenser la perte d'espérance de vie que peuvent connaître des salariés en raison de leur exposition à l'amiante, qu'une allocation de cessation anticipée d'activité (dite ACAATA) est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparations navales, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent certaines conditions ; que le salarié qui est admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité présente sa démission à son employeur ; qu'il résulte de ces dispositions que le salarié qui a demandé le bénéfice de l'allocation n'est pas fondé à obtenir de l'employeur fautif, sur le fondement des règles de la responsabilité civile, réparation d'une perte de revenu résultant de la mise en œuvre du dispositif légal » (idem, premier moyen).

Réparation du préjudice né des accidents du travail et maladies professionnelles : un chantier jurisprudentiel d'envergure

1. La question de la réparation du préjudice causé par les accidents du travail et maladies professionnelles, fondée sur le compromis historique né avec la loi du 9 avril 1898, conjuguant le principe d'une réparation facilitée en échange d'une réparation forfaitaire pour des préjudices limitativement énumérés dans les textes du Code de la Sécurité sociale, ne cesse de poser à la fois des questions de principe et des questions d'application concrète fort complexes.

Du côté des principes, la question de la justice du mécanisme d'une réparation forfaitaire des accidents du travail est soulevée depuis longtemps. L'absence de réparation intégrale du préjudice est devenue problématique à mesure que les mécanismes du droit de la responsabilité développaient, en dehors du droit social, des systèmes de réparation systématiques et néanmoins intégraux (1). Les plaideurs, suivis par les juges du fond puis la Cour de cassation, ont saisi l'opportunité de l'institution du nouveau dispositif de la question prioritaire de constitutionnalité pour soumettre la question au Conseil constitutionnel. Celui-ci, dans une importante décision du 18 juin 2010 (2) livre une analyse très générale de la valeur des dispositions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles au regard du droit constitutionnel. Il indique que les mécanismes du droit de la responsabilité, fondés sur l'article 4 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, mettent en œuvre « l'exigence constitutionnelle » selon laquelle « *tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ». Le législateur dispose toutefois du pouvoir d'aménager les conditions de mise en œuvre de cette responsabilité, ce qui autorise la loi à définir des exclusions ou des restrictions à ce principe. Le Conseil estime sur ce fondement que le législateur disposait ainsi du pouvoir d'aménager, dans le cadre du Code de la Sécurité sociale, un régime complet de prise en charge des risques professionnels, dérogeant aux règles de droit commun en ce qui concerne la responsabilité de l'employeur. Un tel régime peut, selon le Conseil, se satisfaire d'une réparation forfaitaire, dès lors qu'elle « *garantit l'automatisme, la rapidité et la sécurité de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles* », les limitations de responsabilités qui en découlent n'étant pas « *disproportionnées par rapport aux objectifs d'intérêt général poursuivis* ».

Toutefois, le Conseil ne livre pas une analyse comparable en ce qui concerne la réparation de la faute inexcusable.

C'est ici l'article L. 452-3 du Code de la Sécurité sociale, qui fixe une liste limitative des préjudices réparés et des ayants droit pouvant prétendre à une indemnisation, qui est déclaré incompatible avec la Constitution. Le Conseil indique ici que « *les dispositions de ce texte ne sauraient toutefois, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce que [les victimes et ayants droit] (...) puissent demander à l'employeur réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du Code de la Sécurité sociale* ».

Cette décision permet ainsi dorénavant aux victimes de demander une réparation intégrale des préjudices subis en cas de faute inexcusable, conformément aux règles de droit commun. Cette large formule permettra d'ouvrir la liste des préjudice indemnisés en cas de faute inexcusable, ce qui devrait être la voie vers une clarification des catégorisations des préjudices. La décision ne sera pas dénuée d'effets pratiques : des préjudices importants, jusqu'ici demeurés à la charge des victimes, pourront dorénavant être pris en charge, en particulier les coûts liés à l'assistance d'une tierce personne, les frais d'aménagement du domicile, ou l'acquisition et l'aménagement de véhicules spécialisés. Elle permettra en outre d'ouvrir la liste des ayants droit pouvant réclamer réparation en cas de faute inexcusable.

2. Dans la plupart des litiges, la question de l'indemnisation prend toutefois des dimensions plus prosaïques : il s'agit simplement d'une contestation portant sur la détermination du préjudice indemnisé. Sur ce plan, nombreux sont les litiges menés par les entreprises en présence d'une faute inexcusable, en raison de l'obligation de contribuer en ce cas à la réparation. Faute de pouvoir contester le quantum de l'indemnisation – sur lequel les juridictions du fond disposent d'un pouvoir d'appréciation souverain – les litiges portent alors plus souvent sur l'identification des différents préjudices. L'article L. 453-2 dresse en une telle hypothèse la liste des préjudices réparables : il s'agit du « *préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle* ». Mais la signification de ces différents termes peut encore prêter à des lectures variées. Quelques récents arrêts apportent des précisions jurisprudentielles utiles en ce qui concerne le préjudice professionnel (3.), le préjudice d'agrément (4.), le préjudice sexuel (5.) et le préjudice moral (6.).

L'un des facteurs qui conduit à la mauvaise indemnisation des préjudices est souvent l'imprécision de leur identification, et le renvoi quasi systématique de

(1) V. notamment Y. Saint-Jours « L'influence du risque professionnel sur l'évolution de la responsabilité civile », Dr. Ouv. 2007 p. 367.

(2) C. Const. 18 juin 2010, ci-dessus première espèce ; sur cette décision v. obs. M. Badel, à paraître au Dr. Ouv.

ces questions à l'évaluation des juges du fond : on ne pourra que se réjouir, à la lecture des différentes espèces, de l'effort que fait la jurisprudence pour définir et délimiter ces différentes catégories de préjudices.

3. Pour ce qui est du préjudice professionnel, un intéressant arrêt du 8 avril 2010 (3) s'attaque à la délicate question de savoir ce que recouvre un préjudice de carrière. Les juges du fond avaient évalué le préjudice professionnel à 100 000 €. Le pourvoi invoquait le droit commun de la responsabilité délictuelle, qui exige que la victime montre le caractère sérieux de la perte de chance. Plus précisément, il prétendait que le salarié, employé comme manutentionnaire, mais titulaire d'un CAP et d'un bac professionnel spécialisé dans la vente, ne montrait pas en quoi l'incapacité du salarié lui interdisant le port de charges lourdes faisait perdre au salarié des chances de promotion professionnelle dans le domaine de la distribution. La Cour de cassation rejette ce pourvoi en faisant valoir que « *l'indemnisation du préjudice professionnel implique que la victime ait amorcé un cursus de qualification professionnelle laissant supposer que, sans l'accident, ce cursus aurait continué et qu'en raison de l'accident et de ses conséquences, elle ne peut plus exercer son métier* ». En l'espèce, le salarié, « *compte tenu de la qualification obtenue* », pouvait aspirer à un poste dans la distribution, sans qu'il ait à prouver l'existence d'une promesse d'embauche répondant à cette qualification acquise. La Cour en conclut que « *cette progression [du salarié] laisse supposer que, sans l'accident, il aurait continué à gravir les échelons de sa profession et que les conséquences de l'accident l'ont empêché d'exercer le métier bien spécifique pour lequel il était formé* ».

Si la motivation, fortement ancrée dans les circonstances de l'espèce, laisse apparaître la prudence de la Cour de cassation, celle-ci adopte une méthode d'évaluation empreinte de pragmatisme, permettant de mieux prendre en compte les préjudices professionnels. Les arrêts avaient jusqu'alors surtout insisté sur la nécessité que les chances de promotion professionnelle fussent sérieuses (4). La Cour accepte ici pleinement d'indemniser les pertes de chances professionnelles lorsque le salarié a réussi à obtenir un diplôme attestant d'une qualification obtenue, quand bien même l'emploi occupé au moment de l'accident était un emploi sans rapport avec la qualification acquise. La démarche adoptée permet ainsi pleinement de prendre en compte la compétence personnelle des salariés, sans s'en tenir à la qualification inscrite dans le contrat de travail.

Sans doute les transformations en cours de l'appréciation des compétences, par la valorisation des qualifications acquises par la pratique (notamment dans le cadre de la

VAE), devraient conduire à aller au-delà de la formule avancée, et à déterminer le préjudice professionnel au regard de l'ensemble des compétences acquises dans le cadre du travail, telles que peuvent les révéler les entretiens d'évaluation. La logique de la gestion des compétences serait ainsi plus clairement intégrée à l'évaluation de préjudices professionnels.

4. Les progrès dans la quête d'une meilleure réparation du préjudice professionnel trouvent leur pendant du côté d'une recherche d'une meilleure indemnisation des préjudices d'agrément, que révèlent plusieurs décisions récentes, sans apporter toutefois la clarification attendue dans la détermination des différents préjudices en cause.

Dans ce même arrêt du 8 avril 2010, les juges du fond avaient octroyé une réparation du préjudice d'agrément à hauteur de 10 000 €. Pour contester le montant de ces dommages et intérêts, le pourvoi faisait valoir que cette réparation était destinée à couvrir la privation de la possibilité de s'adonner à des activités sportives, ludiques ou occupationnelles, sans que le salarié puisse justifier avoir effectivement pratiqué de telles activités. La Cour rejette ce pourvoi en indiquant qu'au sens de l'article L. 452-3 « *le préjudice d'agrément est celui qui résulte des troubles ressentis dans les conditions d'existence* » (4 bis). Un tel préjudice pouvait ici être caractérisé à la fois par l'impossibilité pour le salarié de s'adonner à la pratique qu'il avait du vélo et de la boxe anglaise et par le fait qu'il souffrait de séquelles handicapant les activités ludiques, sportives ou occupationnelles auxquelles peut normalement prétendre tout homme de son âge, constituant un obstacle aux actes les plus courants de la vie quotidienne et entraînant une dégradation de sa qualité de vie. Cette riche motivation montre que le préjudice d'agrément est maintenant défini de façon particulièrement large au regard des seuls « *troubles ressentis dans les conditions d'existence* », ces troubles pouvant aussi bien résulter de la privation de la possibilité de s'adonner à des sports ou autres occupations auparavant pratiquées, que de l'atteinte à la qualité de vie à laquelle peut s'attendre une personne dans une situation comparable. Cette définition du préjudice au regard de la limitation des activités pratiquées ou de la restriction de participation à la vie quotidienne n'est pas sans faire écho à la définition du handicap portée par la loi du 11 février 2005 relative au handicap. L'intérêt de l'approche proposée est qu'elle autorise de conjuguer une appréciation à la fois concrète (au regard des activités pratiquées) et abstraite (en considération de la privation induite pour toute personne placée dans une situation comparable), ainsi qu'une approche à la fois objective (le déficit) et plus

(3) 4^e moyen de la deuxième espèce ci-dessus.

(4) Civ. 2^e, 20 septembre 2005, n° 04-30278, Bull. civ. II, n° 225.

(4 bis) Troisième moyen de la deuxième espèce ci-dessus.

subjective (le ressenti de ce trouble). Le caractère très ouvert de la définition permet ainsi d'approcher le préjudice sous ses différentes facettes.

Cette nouvelle définition constitue un net assouplissement au regard de la définition antérieurement retenue du préjudice d'agrément comme visant « *exclusivement à l'indemnisation du préjudice lié à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs* » (5).

5. Une autre décision du même jour (6) permettra de compléter cette conception déjà très extensive du préjudice d'agrément. La Cour indique en effet que « *le préjudice d'agrément est celui qui résulte des troubles ressentis dans les conditions d'existence, notamment le préjudice sexuel* ». Elle accepte ainsi que le préjudice sexuel puisse recevoir une réparation en cas de faute inexcusable, par le biais d'une intégration de ce préjudice au titre du préjudice d'agrément. Cet élargissement de la conception du préjudice d'agrément montre le souci de la Cour de cassation d'assurer une meilleure indemnisation des victimes de fautes inexcusables, au prix d'une conception toute relative du préjudice d'agrément, car elle impose de se démarquer des nomenclatures aujourd'hui dégagées pour l'indemnisation des accidents de la circulation, qui font une nette séparation entre le préjudice d'agrément et le préjudice sexuel.

Il resterait à déterminer les différents éléments qui caractérisent un préjudice sexuel. Sur ce terrain, la deuxième Chambre civile s'est livrée à un périlleux exercice de clarification dans un arrêt daté du 17 juin 2010 (7), dans une décision relative aux accidents de la circulation. La Cour y énumère avec précision les différents préjudices pris en compte (morphologique, perte du désir, perte de la capacité physique à réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir, impossibilité ou difficulté à procréer). Cet effort de classification pourrait tout naturellement recevoir sa place dans la détermination du préjudice sexuel en cas d'accident du travail.

6. Enfin, une décision très médiatisée de la Chambre sociale du 11 mai 2010 (8) dans le cadre d'un litige engagé par 17 salariés de la Société Alstom ayant été exposés à l'amianté et ayant ensuite accédé au bénéfice d'une « préretraite amianté » (Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amianté, ACAATA). Les salariés avaient engagé une action contre leur entreprise en réparation des différents préjudices nés de leur situation. La question ne porte pas

directement sur la réparation des accidents du travail, mais elle n'est pas sans lien avec la question : l'employeur avait visiblement méconnu son obligation de sécurité, et la perspective d'une faute inexcusable n'était pas éloignée. Exposés à l'amianté, ils subissent un fort risque de développer une maladie, ce qui explique la mise en place d'un dispositif légal de préretraite par la loi du 23 décembre 1998. Cette situation d'antériorité vis-à-vis de la survenance de la maladie n'exclut pas, pour les salariés concernés, d'agir en responsabilité civile contre leur employeur devant les juridictions prud'homales.

Ils évoquaient plus précisément deux formes de préjudice. La première est le préjudice d'anxiété : le fort risque de développement de la maladie était source pour eux de fortes inquiétudes dont ils demandaient réparation. La Cour de cassation fait droit sur ce terrain à leur demande. La Cour rejette le pourvoi contre la décision qui avait admis le droit à réparation des salariés, en reprenant les arguments avancés par les juges du fond : les salariés « *se trouvaient dans une situation d'inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amianté et étaient amenés à subir des contrôles et des examens réguliers propres à réactiver cette angoisse* ». De tels éléments permettent de caractériser « *l'existence d'un préjudice spécifique d'anxiété* ». L'arrêt est remarquable en ce qu'il permet pour la première fois de réparer un tel préjudice moral, en dehors de tout autre préjudice corporel ou économique : l'action est ouverte en réparation de ce seul préjudice. La condition est cependant évidemment que les salariés aient été exposés de façon significative à l'amianté, ce que le bénéficiaire de l'ACAATA attestait en l'espèce. Rien n'interdit d'étendre son bénéfice à des salariés ne bénéficiant pas de ces préretraites, ni d'ailleurs à d'autres victimes d'exposition à des produits toxiques (radiations, produits chimiques, etc.) lorsqu'un risque sérieux de développer une maladie existe.

L'arrêt est cependant décevant sur son second volet. Les salariés souhaitaient bénéficier d'une indemnisation de leur préjudice économique résultant du fait que l'accès au dispositif de préretraite ne leur assurait qu'un revenu de remplacement inférieur au salaire antérieur. Se fondant essentiellement sur le fait que l'accès à ces dispositifs se fait sur une base volontaire, exigeant une démission du salarié, la Cour indique de manière quelque peu laconique que « *le salarié qui a demandé le bénéfice de l'allocation n'est pas fondé à obtenir de l'employeur fautif, sur le fondement des règles de la responsabilité civile, réparation d'une perte de revenu résultant de la mise en œuvre du dispositif légal* ».

(5) Civ. 2^e, 28 mai 2009, n° 08-16829, Bull. civ. II, n° 131.

(6) Troisième espèce.

(7) Civ. 2^e, 17 juin 2010, n°09-15.842, RTD Civ. 2010.562, obs. P. Jourdain.

(8) Quatrième espèce, D. 2010 p. 2048, note C. Bernard, RTD civ. 2010.564, obs. P. Jourdain ; v. également les obs. de P. Leroy, p. 605.

L'argument avancé par la Cour se révèle peu convaincant. La loi du 23 décembre 1998 n'a prévu aucun mécanisme permettant d'écarter le droit commun de la responsabilité (contrairement à l'article L. 451-1 en matière de réparation des accidents du travail), et il n'est pas de raison d'écarter la réparation des préjudices matériels lorsque le salarié peut établir le lien entre la faute de l'employeur et le dommage subi. Sans doute aurait-on pu

admettre un débat sur la consistance véritable de ce préjudice (attribution d'un revenu complémentaire inférieur en échange de la cessation du travail... à confronter aussi avec la nécessité d'une cessation de l'activité en raison d'une dégradation probable de l'état de santé), mais aucune règle ne permet d'écarter par principe le recours au droit commun.

Frédéric Guiomard

ASSURANCE-MALADIE – Relations avec les professions de santé – Prestations admises au remboursement (deux espèces) - Tarification – Nomenclature générale des actes professionnels - Médecins généralistes et médecins spécialistes – Distinction (première espèce) – Remboursement d'un acte – Liste des actes et des prestations pris en charge – Pouvoirs de l'UNCAM (deuxième espèce).

1) « Vu les articles L. 162-5 du code de la sécurité sociale et 2.1 de l'arrêté du 27 mars 1972 modifié portant nomenclature générale des actes professionnels ;

Attendu, selon le premier de ces textes, que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins font l'objet de conventions nationales conclues séparément pour les médecin généralistes et les médecins spécialistes ou par une convention nationale qui déterminent, notamment, les conditions d'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ; que, selon le second, les consultations au cabinet du praticien et les visites au domicile du patient font l'objet, respectivement, des lettres-clé C et V et des lettres-clé Cs et Vs selon que le praticien est un omnipraticien ou bien un spécialiste ; que, pour l'application de ces dispositions, qui seules régissent la tarification et la prise en charge des soins par l'assurance maladie, le généraliste doit s'entendre du praticien qui exerce la médecine générale, et le spécialiste du praticien qui exerce, à titre exclusif, une spécialité déterminée » (Cass. civ. 2^e, 8 avril 2010, PB, pourvoi n° 09-13.772).

2) « Considérant qu'aux termes de l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale : La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral (...) est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. (...) / Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (...) ; que selon l'article L. 182-2-3 du même code, le conseil de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie délibère notamment sur les orientations de l'Union relatives aux inscriptions d'actes et de prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale ; qu'enfin selon l'article L. 182-2-4 du même code, le collège des directeurs met en œuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;

Considérant que par la décision attaquée du 1^{er} juillet 2008, le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie a modifié sa décision du 11 mars 2005 relative à la liste des actes ou prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie en prévoyant que, par dérogation au principe énoncé au livre I de cette décision selon lequel les dispositions générales fixées par ce livre ainsi que la liste d'actes mentionnés au livre II ne concernent que les seuls médecins, 98 actes techniques de chirurgie, inscrits par la décision litigieuse dans une nouvelle annexe IV, ouvrent désormais droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont réalisés par un chirurgien-dentiste ;

Considérant que, compte tenu de sa portée, la décision attaquée ne peut être regardée comme se bornant à mettre en œuvre les orientations arrêtées par le conseil de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie lors de sa délibération du 24 novembre 2004, préalable à l'adoption de la décision du collège des directeurs du 11 mars 2005 ; qu'en effet, il ressort des pièces du dossier que ces orientations, d'ailleurs débattues dans le cadre de la préparation de la convention médicale, ne concernaient que la cotation des actes réalisés par des médecins et n'envisageaient pas l'extension de la classification commune des actes médicaux à d'autres professionnels de santé ; qu'en l'absence de toute autre délibération du conseil de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie fixant de telles orientations, la décision d'inscription litigieuse est entachée d'un défaut de base légale ; que, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de leur requête, le Conseil national de l'ordre des médecins et autres sont, dès lors, fondés à en demander l'annulation » (Conseil d'État, 1^{re} et 6^e ssr, 7 avril 2010, req. n° 322962)

Les prestations d'assurance maladie. Compétence et détermination des prestations admises au remboursement.

1. La question du montant des remboursements des prestations de soins délivrées par les professionnels de

santé est devenue une question si cruciale aujourd'hui, tant du côté des assurés sociaux que dans les rapports entre les professionnels de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (1), voire avec les organismes de protection sociale complémentaire,

(1) L'UNCAM regroupe depuis 2004 les différentes caisses nationales des régimes de base de l'assurance-maladie (salariés, agricoles, indépendants).

qu'elle conduit de plus en plus souvent les juges à se prononcer sur les mécanismes juridiques fondamentaux qui structurent l'organisation de notre système de remboursement des soins. Les deux arrêts que nous proposons de rapprocher ici illustrent en effet toute la complexité du système tarifaire qui doit sans cesse articuler un mécanisme conventionnel de détermination des honoraires des soins médicaux avec des actes réglementaires d'habilitation à les délivrer et à les admettre au remboursement.

Le premier arrêt qui a, d'ores et déjà, donné lieu à commentaires (1 bis), montre combien il est aujourd'hui difficile de combiner les modifications de compétence dont fait actuellement l'objet la médecine générale avec les conventions en charge de déterminer les prix des soins remboursés aux assurés sociaux. Les juges étaient en effet saisis de la question de savoir si les médecins généralistes qui, en application de la loi du 17 janvier 2002 réformant notamment les pratiques et les études de médecine (2), avaient acquis un diplôme d'études spécialisées, pouvaient, à partir du moment où leur était reconnue la qualité de « médecin spécialiste » (3), utiliser, en matière de remboursement des soins, les cotations réservées aux spécialistes. En l'espèce, le conseil départemental de l'Ordre des médecins avait reconnu la qualification en médecine générale à un médecin et ce dernier avait utilisé les lettres clés des spécialistes (Cs et Vs) pour tarifier les actes qu'il dispensait auprès des assurés sociaux. A la suite d'une série d'actions introduites par neuf médecins exerçant à titre libéral, la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation refuse de faire droit à une telle demande.

Le deuxième arrêt, rendu par le Conseil d'Etat le 7 avril 2010, porte, quant à lui, sur la question des pouvoirs dont dispose l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie (Uncam) pour modifier la liste des actes et des prestations pris en charge par l'assurance maladie. Moins commenté, cet arrêt se prononce sur les compétences dont dispose, au sein de l'Uncam, le collège des directeurs pour arrêter des décisions de modification des actes admis au remboursement. En l'espèce, et alors même que se déroulaient des négociations pour l'adoption de la convention médicale, le collège des directeurs avait ouvert 98 actes techniques de chirurgie

au remboursement par l'assurance-maladie lorsqu'ils étaient réalisés par un chirurgien-dentiste alors qu'ils ne concernaient jusqu'ici que les seuls médecins. Saisi d'un recours pour excès de pouvoir par les instances représentatives et ordinales des médecins, le Conseil d'Etat a procédé à l'annulation de cette décision l'estimant infondée. Après avoir relevé que le collège des directeurs ne dispose que du pouvoir de mettre en œuvre les orientations de l'Union fixées par le conseil de l'Uncam, il a estimé qu'en raison de sa portée et au vu des orientations décidées par le conseil, cette décision ne pouvait être analysée comme une décision de mise en œuvre.

2. Au-delà des espèces en cause, ces arrêts livrent des enseignements sur deux questions juridiques qui traversent aujourd'hui le système de remboursement des soins délivrés aux assurés sociaux : d'une part, celle de l'objet même des normes d'encadrement des prix des prestations remboursées par l'assurance maladie obligatoire et, d'autre part, celle des attributions respectives des différents acteurs pour procéder à la reconnaissance de ces mêmes prestations pour leur admission au remboursement. Et c'est grâce à la mise en perspective de ces deux questions que l'on peut tenter aujourd'hui de dresser les grandes lignes du système.

3. Soulignons tout d'abord la complexité normative du système français de remboursement des prestations d'assurance maladie, laquelle résiste mal aux évolutions récentes des compétences des professionnels de santé. En effet, le « *parcours de reconnaissance* » d'un produit, d'un acte ou d'une prestation obéit à une architecture qui oblige à appliquer successivement au moins quatre règles de teneur et surtout de nature juridique différentes. Dans un premier temps, le soin doit être énoncé dans le « *décret d'actes* » du professionnel de santé dont l'objet est d'habilitier le professionnel à le délivrer. Il doit ensuite faire l'objet d'une inscription et d'une hiérarchisation dans la Nomenclature générale des actes professionnels (ou Classification commune des actes médicaux pour certaines professions) pour la profession concernée, laquelle énonce une lettre clé qui permet d'en fixer la cotation. Cette inscription, si elle nécessite une hiérarchisation, passe alors par la voie conventionnelle depuis la loi du 21 décembre 2006 (4) et s'accompagne

(1 bis) V. T. Tauran, RDSS 2010.563 ; X. Prétot, Dr. Soc. 2010.676 ; RJS 2010 n° 552.

(2) V. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

(3) La procédure de qualification instituée par l'arrêté du 30 juin 2004 a pour objet de déterminer, compte tenu soit des titres de l'intéressé, soit des formations et expériences dont il peut se prévaloir, les qualifications qui justifient, le cas échéant, l'inscription du médecin sur la liste des médecins spécialistes que le conseil départemental de l'ordre est appelé à établir en application de l'article 3 de l'arrêté.

(4) Depuis la loi du 21 décembre 2006 (loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, JO du 22 décembre 2006 qui modifie

l'article L. 162-1-7 du CSS), il est précisé, à l'article L. 162-1-7 du CSS, que « *la hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des Commissions créées pour chacune des professions* » conventionnées. Ces Commissions sont présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres et sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professions de santé et de représentants de l'Uncam. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux. Il appartient donc désormais à ces Commissions de fixer les règles de hiérarchisation des actes et aux partenaires conventionnels de les décliner dans le cadre de chacune des conventions nationales conclues.

ensuite d'une décision prise par le collège des directeurs de l'Uncam pour inscription dans la liste des actes remboursés, après consultation de la Haute autorité de santé et de l'Unocam (4 bis). L'acte médical ou le produit devient alors une prestation admise au remboursement par les régimes d'assurance maladie. Vient enfin, en bout de processus, la fixation du tarif de l'acte par la voie conventionnelle, c'est-à-dire la détermination de sa valeur unitaire rapportée à la lettre clé fixée préalablement dans la Nomenclature. L'acte est alors pris en charge par l'assurance maladie à hauteur du tarif de responsabilité fixé d'un commun accord entre l'Uncam et les syndicats représentatifs signataires de la convention.

4. La difficulté de ce parcours relève en fait de l'imbrication des normes qui, même si elles sont formellement adoptées par des acteurs différents, se déroulent dans des temps chronologiques très souvent concomitants et parfois même inversés. Les partenaires conventionnels discutent en effet souvent de la question de l'inscription d'une prestation dans la nomenclature, voire de sa hiérarchisation, en même temps qu'ils débattent de sa valeur (5). Le découpage présente ainsi un caractère artificiel dans la mesure où la hiérarchisation de l'acte dans la Nomenclature et la fixation de la lettre clé (la tarification) sont deux opérations sur lesquelles les partenaires conventionnels ont à se prononcer souvent en même temps, c'est-à-dire au moment de la conclusion d'une convention ou de la signature d'un avenant. Et c'est même parfois en parallèle de ces négociations que l'Uncam prend la décision

d'inscrire l'acte ou la prestation sur la liste des actes remboursés. Ces dernières années, on a même pu remarquer que ce sont les partenaires conventionnels qui prennent des initiatives et proposent l'inscription d'actes nouveaux dans le champ du remboursable, voire innovent dans le cadre conventionnel pour obtenir ensuite auprès du conseil de l'Uncam la reconnaissance de ces nouvelles prestations. Les partenaires conventionnels soumettent alors la clause conventionnelle à une condition de modification de la liste des prestations remboursables (6). Il n'en reste pas moins que le contenu de la prestation de soin qu'ils entendent délivrer aux assurés sociaux est déjà élaboré.

5. S'observe ainsi un glissement entre l'objet initial des textes et leur contenu respectif, principalement dû au fait que les partenaires conventionnels comme le ministre chargé de la Santé ont de plus en plus de mal à distinguer ce qui relève du champ de la politique du remboursement de ce qui appartient au domaine de la description technique du soin, c'est-à-dire à dissocier le temps de la détermination du prix du contenu médical. Le mouvement de l'évaluation médico-économique des prestations n'y est à notre sens pas tout à fait étranger.

Or, c'est justement ce glissement qui est perceptible dans les arrêts que nous avons choisis de rapprocher, qu'il s'agisse de celui relatif à la cotation des actes des médecins généralistes comme de celui du Conseil d'État relatif aux compétences du collège des directeurs de l'Uncam. Pour répondre aux différentes questions, la Cour

(4 bis) Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire, qui regroupe les structures représentant les organismes mutualistes, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

(5) V. pour deux exemples : CE 27 juin 2008, n° 303854, « *Considérant, d'autre part, qu'il résulte des dispositions combinées des articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et R. 162-52 du Code de la Sécurité sociale que les majorations de tarifs pour les actes accomplis par certaines catégories de praticiens en raison de leur spécialisation ne peuvent être créées que par décision de l'Uncam modifiant la liste des actes et prestations prévue à l'article L. 162-1-7 de ce code ; qu'il est toutefois loisible aux partenaires conventionnels de proposer à l'Uncam de modifier les caractéristiques de telles majorations, notamment le champ de ses bénéficiaires, et d'en tenir compte dans la fixation des tarifs, à condition de subordonner l'entrée en vigueur de ces tarifs à celle de la décision modifiant cette liste* » et CE 30 novembre 2005, n° 278291 : « *Considérant que les stipulations de l'avant-dernier alinéa du § 1.5 prévoient la création, à compter du 1^{er} janvier 2006, d'une majoration tarifaire pour les consultations réalisées par les médecins généralistes auprès des enfants âgés de deux à six ans ; qu'en adoptant ces stipulations, qui ajoutent à la nomenclature générale des actes professionnels sans correspondre à aucun objectif assigné aux partenaires conventionnels par le législateur, les parties à la convention ont excédé leur compétence ; que ces stipulations sont divisibles du reste de la convention ; que l'arrêté attaqué doit, par suite, être annulé en tant qu'il les approuve ;*

Considérant que les stipulations du 16^e au 21^e alinéa du paragraphe 1.2.2. définissent des majorations de tarifs, de 2 et 3 euros selon la spécialité, bénéficiant aux médecins qui adhèrent au dispositif du médecin traitant en tant que médecins correspondants ; que ces stipulations ont pour objet de favoriser la mise en œuvre du dispositif de « coordination des soins » défini par les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité

sociale, lequel vise à renforcer la qualité des soins et pouvait donc donner lieu à la création de majorations sur le fondement des dispositions du 8^e de l'article L. 162-5 précité ; que le niveau de ces majorations n'a pas pour effet de mettre en cause la hiérarchie des actes résultant de la nomenclature générale des actes professionnels ; qu'en les adoptant, les signataires de la convention n'ont pas excédé leur compétence ».

(6) V. CE 30 novembre 2005, 278291, préc. : « *Considérant, enfin, que le paragraphe 7.1 prévoit la création d'une majoration tarifaire pour les consultations effectuées par les médecins généralistes auprès des enfants de moins de deux ans ; que le § 7.6 et le premier alinéa du § 7.7 de la convention prévoient que la « majoration forfaitaire transitoire » applicable aux consultations effectuées au cabinet des médecins spécialistes, définie à l'article 2 bis de la nomenclature générale des actes professionnels, est revalorisée pour les seules consultations de patients de moins de seize ans ; que les deuxième et troisième alinéas du § 7.7 prévoient une majoration de rémunération applicable aux consultations réalisées par les pédiatres sur les enfants de moins de deux ans, et qui obéit à des conditions différentes de celles définies pour le « forfait pédiatrique » visé à l'article 14.4 de la nomenclature générale des actes professionnels ; que les stipulations du dernier alinéa du § 1.5 prévoient la revalorisation au 1^{er} janvier 2006 de la majoration créée au § 7.7 ; qu'il est constant que les actes médicaux visés par ces stipulations ne figuraient pas, à la date de l'arrêté attaqué, dans la liste établie en application des dispositions de l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale ; qu'il résulte toutefois des § 8.1.2 et 8.1.3 de la convention que l'entrée en vigueur de ces stipulations est subordonnée à la modification préalable de ladite liste en vue d'y inscrire les actes médicaux ainsi identifiés ; que le moyen tiré de ce que les partenaires conventionnels auraient excédé leur compétence en adoptant ces majorations doit, par suite, être écarté ».*

de cassation comme le Conseil d'Etat adoptent la même méthode de résolution qui consiste à revenir à l'objet initial des habilitations qui ont été conférées aux auteurs des règles contestées.

La deuxième Chambre civile de la Cour de cassation rappelle en effet, dans un attendu de principe, l'objet des conventions médicales ainsi que celui de la nomenclature générale des actes, à savoir régir « *la tarification et la prise en charge des soins par l'assurance maladie* ». La Cour de cassation souligne ici que ces dispositions ont vocation à déterminer les modes de prise en charge par l'assurance maladie des prestations délivrées par les professionnels.

Aussi faut-il entendre l'habilitation des partenaires conventionnels à déterminer, notamment, « *les conditions d'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée* » visées dans l'article L. 162-5 du CSS, comme désignant la compétence exclusive de ces règles à définir les conditions de délivrance des actes conventionnés au sens fort du terme, c'est-à-dire les actes admis au remboursement. Le respect de ces conditions de délivrance de la prestation permet à l'assuré social d'être remboursé par le système d'assurance-maladie et non, comme les médecins généralistes le demandaient, le respect de textes réglementaires adoptés par ailleurs. Dès lors, c'est par des motifs inopérants que la Cour d'appel avait cru pouvoir déduire de la qualification de médecin spécialiste issue de l'arrêt du 30 juin 2004, portant règlement de la qualification des médecins, la possibilité pour ce médecin de prétendre à la cotation réservée par la convention et la nomenclature aux spécialistes. La deuxième Chambre civile rappelle ici les termes énoncés dans la nomenclature générale des actes, laquelle n'ouvre les cotations Cs et Vs qu'aux médecins qui exercent, à titre exclusif, une spécialité déterminée. Si la position ferme de la Cour de cassation, qui consiste à rappeler l'objet légal et exclusif de chacune des habilitations législatives, satisfait le raisonnement juridique (7), l'arrêt révèle toutes les difficultés auxquelles le système normatif de l'assurance-maladie est confronté.

En effet, en élargissant progressivement l'objet des conventions médicales (v. les articles L. 162-5 et s. du CSS), c'est-à-dire en habilitant les partenaires conventionnels à négocier sur bien d'autres thèmes que la seule détermination des tarifs des honoraires opposables aux assurés, le législateur a grandement complexifié les rapports juridiques qui s'instaurent entre les différentes règles qui ont vocation à régir les actes médicaux dispensés par les professionnels de santé. Cet enchevêtrement d'objets amène les juges à procéder à des comparaisons toujours plus fines entre les textes,

c'est-à-dire à comparer les contenus des habilitations législatives entre des normes de même niveau (elles sont réceptionnées par le droit sous la forme d'arrêtés), lesquelles comparaisons trouvent leurs limites dès lors qu'elles ont vocation à régir le même acte médical. La portée de l'arrêt invite à penser qu'il faudrait ajouter à la comparaison des contenus une comparaison par le champ d'application ou par le rayonnement des règles, certaines d'entre elles ayant une vocation exclusive à régir les rapports entre les médecins et les organismes de Sécurité sociale, les autres ayant un rayonnement certes plus large en pouvant s'intéresser aux modes d'exercice d'une profession réglementée sans pouvoir s'appliquer aux rapports avec l'assurance maladie. L'arrêt modifiant les conditions de reconnaissance des qualifications des médecins n'a ainsi pas vocation à s'appliquer aux rapports entre professionnels de santé et assurance maladie, seuls les textes déterminant les conditions de délivrance des actes admis au remboursement devant être pris en considération pour déterminer le niveau de remboursement de l'assuré. Il reste néanmoins à observer que le clivage qui s'observe entre les règles de remboursement des prestations et les règles de délivrance des soins pourrait progressivement être réalisé au détriment des assurés sociaux qui, s'ils veulent voir leurs dépenses de soins prises en charge, auront à exercer une liberté de choix de plus en plus contrainte dès lors qu'elle supposera de trouver le professionnel qui répondra désormais au « *double cahier des charges* ». Plus difficile encore sera la situation des professionnels de santé qui verront leurs compétences professionnelles reconnues au sens d'une habilitation légale à délivrer des soins au détriment d'une reconnaissance et d'une valorisation de ces compétences dans le système conventionnel de tarification.

6. Au-delà de l'objet même de ces règles, on en vient également à se demander si ces imbrications de contenu ne se doublent pas d'une difficulté relative aux auteurs des règles : qui a en effet compétence pour que ce clivage entre la reconnaissance de compétences médicales nouvelles (on pense ici aux restructurations touchant aux deux niveaux de recours aux soins, aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ainsi qu'aux dispositions prises en matière d'éducation thérapeutique issues de la loi HPST adoptée le 21 juillet 2009) et leur reconnaissance par les organismes de sécurité sociale puisse trouver une cohérence et ainsi s'estomper ?

Sur ce point, l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 7 avril 2010 (ci-dessus) illustre, s'il en était besoin à nouveau, l'ambiguïté de l'articulation des habilitations législatives en la matière. Dans cette espèce, le collège des directeurs de l'Uncam avait décidé d'ouvrir la prise en charge d'un certain nombre d'actes de chirurgie à leur réalisation par

(7) V. T. Tauran, préc.

un chirurgien dentiste et non pas seulement par un médecin comme le prévoyait jusqu'ici la liste fixant les prestations admises au remboursement. Par une analyse des compétences qui ont été fixées par la loi du 13 août 2004 modifiée depuis, le Conseil d'Etat censure la décision pour défaut de base légale. Il relève en effet que « *compte tenu de sa portée, la décision (du collège des directeurs) ne pouvait être regardée comme se bornant à mettre en œuvre les orientations arrêtées par le conseil de l'Uncam* ». Il souligne que « *ces orientations, d'ailleurs débattues dans le cadre de la préparation de la convention médicale, ne concernaient que la cotation des actes réalisés par des médecins et n'envisageaient pas l'extension de la classification commune des actes médicaux à d'autres professionnels de santé* ».

On est ici au cœur du lien entre reconnaissance de compétences nouvelles à des professionnels de santé et reconnaissance de ces prestations dans le panier de soins de l'assuré social. Là où le collège des directeurs de l'Uncam prend une décision de modification des conditions de délivrance des prestations admises au remboursement, lui est opposée l'absence sur ce point de décision préalable des membres du conseil de l'Uncam, composé des partenaires sociaux. Mais surtout, le Conseil d'Etat ajoute, entre deux virgules, que ces orientations étaient, par ailleurs, débattues dans le cadre de la préparation de la convention médicale. Au vu des règles

de procédure imposées par les articles L. 182-2-3 et 4 du CSS, il est évident qu'une délibération du conseil de l'Uncam sur la modification envisagée était nécessaire pour que le collège des directeurs puisse, dans le cadre d'une décision d'application, modifier la liste des prestations remboursables.

Mais à l'analyse, le débat est plus profond : le collège des directeurs aurait-il pu prendre, en respectant la procédure prévue à l'article L. 182-2-3 du CSS, cette décision, alors qu'une convention médicale en préparation en avait fait un objet de négociation ? Et cette question se pose tant sur le plan des compétences respectives détenues par les acteurs que sur la chronologie nécessaire à cette chaîne de décision. Nous en doutons. Fort est à parier que le Conseil d'Etat comme la Cour de cassation auront de plus à en plus à connaître de contentieux de ce type, qui trouvent principalement leur cause dans la distance qui est en train de s'établir entre le champ médical des possibles et le panier de soins remboursables que les régimes d'assurance maladie, à l'aide de l'expertise médico-économique, sont en mesure d'offrir – ou tout simplement – souhaitent offrir aux assurés sociaux. Sans être devin, on sait d'ores et déjà que ce sont les organismes de protection sociale complémentaire qui pourraient être amenés à jouer le rôle d'arbitre.

Anne-Sophie Ginon

TRIBUNAUX – Sanctions prononcées par les organismes de Sécurité sociale – Pouvoir de réfaction des tribunaux (oui) (deux espèces).

1) « Vu l'article 6, § 1^{er}, de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ensemble l'article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale ;

Attendu qu'il appartient aux juridictions du contentieux général de la Sécurité sociale d'apprécier l'adéquation d'une sanction à caractère punitif prononcée par un organisme de Sécurité sociale à la gravité de l'infraction commise » (Cass. Civ. 2^e, 8 avril 2010, PBRI, n° 09-11.232).

2) « Attendu qu'en application de l'article L. 323-6 du Code de la Sécurité sociale et de l'article 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, il appartient aux juridictions du contentieux général de la Sécurité sociale d'apprécier l'adéquation du montant de la sanction prononcée par tout organisme social à l'importance de l'infraction commise par l'assuré » (Cass. Civ. 2^e, 8 avril 2010, PB, n° 08-20.906).

L'appréciation de l'adéquation de la sanction des organismes de Sécurité sociale par les juges du fond

Deux décisions de la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation rendues le même jour viennent apporter quelques précisions sur le pouvoir d'appréciation des juges du fond sur la sanction infligée par des organismes de Sécurité sociale.

Dans la première affaire, la société Sogara France avait déclaré un accident du travail survenu sept jours auparavant. Il n'est pas inutile de rappeler qu'en vertu de

l'article L. 441-2 du Code de la Sécurité sociale, l'employeur est tenu d'opérer une telle déclaration dans les 48 heures de sa connaissance de la survenance d'un tel accident. Estimant la déclaration tardive, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a réclamé à la société, en application de l'article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement de la totalité des dépenses afférentes à l'accident.

Les magistrats de la Cour d'appel confirment la sanction prononcée par la CPAM aux motifs que cette dernière a suffisamment justifié les dépenses engagées par

l'accident du travail. Pour les juges du fond, la tardiveté de la déclaration, ne fût-elle que de trois jours, était de nature à entraîner une sanction pouvant aller jusqu'au remboursement total des prestations versées. La CPAM n'avait donc à justifier que du montant des dépenses engagées par elle. La Cour d'appel ne se donnait donc pas le pouvoir de moduler la sanction prononcée par la Caisse à la faute commise par l'employeur (simple retard dans la transmission de la déclaration).

Le raisonnement de la Cour d'appel est censuré par la Cour de cassation au visa de l'article 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'Homme et de l'article L. 471-1 du Code de la Sécurité sociale. Selon elle, « *il appartient aux juridictions du contentieux général de la Sécurité sociale d'apprécier l'adéquation d'une sanction à caractère punitif prononcée par un organisme de Sécurité sociale à la gravité de l'infraction commise* » (ci-dessus, première espèce).

Dans la seconde affaire, une assurée s'était vue prescrire un arrêt de travail par son médecin traitant pendant une période de plus d'un an. A ce titre, elle avait perçu des indemnités journalières. Après enquête, la CPAM a établi que la salariée s'était rendue chez son employeur à plusieurs reprises pendant une partie de son arrêt de travail. Elle a alors sollicité de l'intéressée la restitution des indemnités journalières versées à hauteur de 12 200,09 euros.

Devant les juges du fond, Mme Brandon obtient que sa dette soit réduite à seulement 1 018,78 euros. La CPAM forme alors un pourvoi en cassation afin de voir reconnaître par la Haute juridiction que les juridictions du fond n'ont en aucun cas le pouvoir de diminuer une sanction prononcée par elle à l'encontre d'un assuré. Pour la CPAM, à partir du moment où il était prouvé que Mme Brandon avait effectivement travaillé pendant son arrêt de travail, il était légitime qu'elle soit sanctionnée, et la Cour d'appel ne pouvait pas modérer le montant de cette sanction.

La Cour de cassation n'abonde pas en ce sens et rejette le pourvoi : pour elle, en application de l'article L. 323-6 du Code de la Sécurité sociale et de l'article 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'Homme, « *il appartient aux juridictions du contentieux général de la Sécurité sociale d'apprécier l'adéquation du montant de la sanction prononcée par tout organisme social à l'importance de l'infraction commise par l'assuré* ». Les juges du fond n'ont donc que fait usage de leur pouvoir souverain d'appréciation en décidant que la somme dont l'assurée était redevable n'était que de 1 018,78 euros.

Ces deux décisions s'inscrivent dans un courant jurisprudentiel qui, quoi que différent, était voué à le rencontrer. En effet, en matière de restitution des indemnités journalières de Sécurité sociale sanctionnant les assurés peu diligents, la Cour de cassation affirmait jusqu'en 2004 qu'aucune disposition législative ne venait autoriser les juges à contrôler l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est venue créer l'article L. 323-6 du Code de la Sécurité sociale qui prévoit notamment la possibilité pour la caisse d'assurance maladie de retenir, à titre de pénalité, tout ou partie des indemnités journalières dues à l'assuré qui ne respecterait pas les obligations prévues au même article. Le dernier alinéa prévoit en outre que « *en cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 142-2 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré* ». Après la publication de la loi, la Cour de cassation a donc logiquement admis la possibilité pour les juges du fond d'apprécier l'adéquation de la sanction à la faute commise par l'assuré (1).

En revanche, en matière de déclaration tardive d'accident du travail par l'employeur, la Cour de cassation a continué à refuser de reconnaître un quelconque pouvoir de réfaction des sanctions des juridictions du contentieux général de la Sécurité sociale en se plaçant sur le terrain de l'impossibilité pour les juges d'accorder une remise de dette (2). Elle considérait même que l'existence d'un contrôle « *tant sur la régularité de la procédure que sur la matérialité des faits et sur l'application des lois servant de fondement à la décision litigieuse* » par les juges judiciaires rendait ce recours conforme à l'article 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'Homme (3). Jusqu'à présent, la Cour de cassation admettait donc la possibilité pour les juges du fond de réformer la sanction prononcée par une caisse à un assuré, sur la base de l'existence d'un texte législatif le prévoyant, et de le refuser dans tous les autres cas.

Toutefois, dans un arrêt rendu en 2009 (4), elle avait commencé à infléchir sa position en admettant le pouvoir de contrôle de la sanction prononcée par une caisse, qui n'était pas une caisse du régime général mais du régime social des indépendants (RSI). Aucun texte ne venait pourtant autoriser cela. Par ces deux arrêts rendus le même jour, la Cour de cassation généralise donc la solution esquissée en 2009 à toutes les sanctions

(1) Ci-dessus, deuxième espèce, JCP S 2010, 1254 ; *a contrario*, cassation d'un arrêt qui avait réduit la sanction alors que la loi n'était pas encore parue : Cass. Civ. 2^e, 25 octobre 2006, n° 05-11.639.

(2) Cass. Soc. 4 février 1999, RJS 1999 n° 423.

(3) Cass. Soc. 29 octobre 1998, RJS 1998 n° 1544.

(4) Cass. Soc. 19 février 2009, pourvoi n° 07-20.374, JCP S 2009, 1278.

prononcées par les caisses de Sécurité sociale, qu'un texte le prévoit expressément ou non.

En effet, par la rédaction même des deux arrêts, il est permis de penser que la Cour de cassation a entendu généraliser le pouvoir de réfaction des sanctions des juges du fond à l'ensemble du contentieux général de la Sécurité sociale. Tout d'abord, les deux arrêts comportent un attendu de principe très similaire et très général selon lequel il est du pouvoir des juridictions du contentieux général de la Sécurité sociale d'apprécier l'adéquation de la sanction prononcée par un organisme social à la gravité de l'infraction commise. Ensuite, elle se prononce au visa de l'article 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'Homme. L'avantage du recours à cet article par la Cour de cassation consiste indéniablement en la possibilité de l'invoquer, qu'un texte prévoit le pouvoir de contrôle des juges ou non. En effet, ce texte international ayant une valeur supérieure à la loi, le recours à celui-ci permet aux juges de s'affranchir du silence des textes internes.

Une telle généralisation du pouvoir de contrôle des juridictions du contentieux général et la référence à la Convention européenne des droits de l'Homme ne peuvent qu'être salués. En effet, il était difficilement compréhensible qu'une caisse puisse, auparavant, sanctionner de la même manière une entreprise qui n'aurait transmis aucune déclaration d'accident du travail et une autre qui aurait transmis seulement tardivement une telle déclaration. Une telle similarité et constance dans la sanction, qui ne pouvait pas être réformée par un juge, étaient susceptibles de créer un sentiment d'iniquité chez la personne sanctionnée. L'on peut toutefois peut-être regretter que la Cour de cassation ne semble pas vouloir contrôler cette adéquation, ce qui pourrait réintroduire l'arbitraire là où elle avait souhaité l'éliminer.

Laurence Crevel,

Chargée d'enseignement à l'université Paris X

DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, par Jean-Pierre Chauchard



Le droit de la Sécurité sociale n'est plus aujourd'hui cette terre inconnue que l'intuition de quelques grands juristes a permis de découvrir il y a plusieurs décennies. Il n'en demeure pas moins source de difficultés pour toute personne appelée à l'étudier ou à l'appliquer, sinon à le comprendre.

Alors que les assurances sociales sont liées au salaire et au risque, la Sécurité sociale met l'accent sur le besoin et le revenu. Œuvre de solidarité nationale, elle s'élargit à l'ensemble de la population. Le droit de la Sécurité sociale régit alors les rapports des citoyens avec les institutions chargées de la distribution de prestations, liées à l'état de besoin. À la différence du risque dont la réparation peut être inégalitaire, la satisfaction du besoin doit être la même pour tous. Aussi la Sécurité sociale postule-t-elle une politique de redistribution et non plus seulement de garantie du salaire. Le droit de la Sécurité sociale est le droit qui s'applique à cette redistribution.

Mais la Sécurité sociale ne se conçoit guère en dehors de l'intervention de l'État. Elle est un service public qui, dans son principe, relève du droit public. Les litiges qu'elle engendre sont pourtant, et pour l'essentiel, jugés au sein de l'ordre judiciaire. Et si le droit de la Sécurité sociale n'a pas été façonné par le juge comme l'ont été d'autres branches du droit,

l'interprétation de textes complexes, sans nombre, parfois insuffisants lui donne cependant son originalité. Il est un droit jeune et sa vitalité apparaît à l'étude des influences contradictoires qui, révélées par les politiques de Sécurité sociale, travaillent en son sein. C'est ainsi que la Sécurité sociale est aujourd'hui contestée au nom du marché, conduisant alors le droit qui en règle la mise en oeuvre à forger ses propres techniques et ses propres concepts. En définitive, c'est l'indécision du système français que vient accuser le droit de la Sécurité sociale.

Tels sont quelques-uns des traits majeurs de cette discipline que cet ouvrage voudrait souligner, tout en aidant le lecteur à parfaire sa connaissance du droit social.

Jean-Pierre Chauchard est Professeur à l'Université de Nantes où il enseigne le droit de la Sécurité sociale.